التربية والصحة

قراءة في الدور التنموي للتعليم

غنيمة فالح العازمي
منى بدر دشتي
مريم عوض المطيري

خديجة محمد الخليفي
حصة خالد البرجس
شيخه إبراهيم التويجري

إشراف

د. غازي عنيزان الرشيدي





التربية والصحة

قراءة في الدور التنموي للتعليم

الطبعة الأولى
١٤٤٣هـ - ٢٠٢٢ م

رقم الإيداع في مكتبة الكويت الوطنية: 2021-2558
ردمك: 978-9921-770-86-5



الكويت- الجهراء- القيصرية القديمة- كابيتول مول- السرداب محل ٢٤
الموقع الإلكتروني: www .daradahriah .com
البريد الإلكتروني: daradahriah@gmail .com
هاتف: 99627333 965+ - 51155398 965+

الموزعون المعتمدون

الكويت: دار أندلسية للنشر والتوزيع - 94747176 (965+) - darandalusia@hotmail.com
الكويت: مركز طروس للنشر والتوزيع - 90090146 (965+) - torousq8@gmail.com
الرياض: دار التدمرية للنشر والتوزيع - 114925192 (966+) - tadmoria@hotmail.com
المدينة المنورة: مكتبة الميمنة المدنية - 558343947 (966+) - daralmimna@gmail.com
جدة: مكتبة الشنقيطي للنشر والتوزيع - 504395716 (966+) - hassan_hyge@hotmail.com
مكة المكرمة: المكتبة الأسدية للنشر والتوزيع - 125273037 (966+) - alasadi2000@hotmail.com
مصر الجديدة: مفكرون الدولية للنشر والتوزيع - 01110117447 (2+) - mofakroun@gmail.com
اسطنبول (منطقة الفاتح): دار الأصالة - 2125118547 (90+) - asalet@asaletyayinlari.com.tr

التربية والصحة
قراءة في الدور التنموي للتعليم

غنيمة فالح العازمي — خديجة محمد الخليفي

منى بدر دشتي — حصة خالد البرجس

مريم عوض المطيري — شيخه إبراهيم التويجري



إشراف

د. غازي عنيزان الرشيدي

دار الظاهرية للنشر والتوزيع


بسم الله الرحمن الرحيم


تليجرام : هنا سور الأزبكية
أكبر مكتبة رقمية

الفهرس

الدراسة **صفحة**

مقدمة ٧

الفصل الأول: أثر المستوى التعليمي لدى مرضى السكر من الكويتيين على العادات الصحية لديهم (**غنيمة فالح العازمي**)................................. ١١

الفصل الثاني: مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة وعلاقتهما بالوعي الغذائي والعادات الغذائية والنشاط البدني لدى طلاّب المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت (**خديجة محمد الخليفي**).................... ٥٥

الفصل الثالث: أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في تغيير نمط حياتهم في دولة الكويت (**منى بدر دشتي**)..................١١٥

الفصل الرابع: دور المستوى التعليمي لدى الناجين من مرض السرطان على جودة الحياة لديهم (**حصة خالد البرجس**) ١٦١

الفصل الخامس: واقع تعامل المدرسة مع الطلاب المصابين بمرض السكر دراسة حالة (**مريم عوض المطيري- د. صالح أحمد الراشد- د. غازي عنيزان الرشيدي**) ٢٢٥

الفصل السادس: مستوى الوعي بمفهوم سلامة الغذاء لدى طلبة جامعة الكويت (**شيخه إبراهيم التويجري- د. غازي عنيزان الرشيدي- د. بدر إبراهيم الناشي**).....٢٦٩


أهم جروبات علي تليجرام
باحثون
هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية

مقدمة

يتناول هذا الكتاب الحديث عن العلاقة التبادلية بين التعليم والصحة، وعن دور التعليم المحتمل في التأثير علي صحة الأفراد. وقد برز الاهتمام بمدي تأثير التعليم علي مختلف جوانب صحة الانسان في العقدين الماضيين، وكان من أول من تصدي للبحث في هذا التأثير وهذا الدور هم الباحثون في الجسم الطبي من أطباء وممارسين لمهنة الطب. ثم إنتقل الاهتمام بعد ذلك الي الباحثين التربويين الذي حاولوا تلمس خطاهم في هذا المبحث المهم والحساس أمثال **Feinstein etal** .

إن البحث في العلاقة مابين دور وتأثير التربية بشقيها المدرسي وغير المدرسي وغيرها من المجالات كالاعلام والسياسة والمجتمع والاقتصاد والجريمة والبيئة والتنمية والقانون وآخرها الصحة يندرج ضمن اهتمامات الباحث في تخصص أصول التربية. حيث أن هذا المسار البحثي يرمي الي تحديد الرؤية حول العلاقة التي تجمع ما بين التربية والتعليم من جهة وصحة الإنسان من جهة أخري.فتخصص أصول التربية يتناول القضايا الكلية المتعلقة بحركة التربية والتعليم، فهو بمثابة المخ الذي يحدد المسارات لبقية الأعضاء من مناهج وإدارة وتكنولوجيا وأنشطة وبرامج وسياسات لكي تؤدي دورها. فبدون وضوح الرؤية ستصبح حركة بقية الأعضاء بطيئة ومتعثرة.كما أن تخصص أصول التربية يعتبر بمثابة وزارة الخارجية للتربية والتعليم، فهو الذي يتناول الربط بينها وبين مختلف المؤثرات التي تؤثر وتتأثر بها.

Zimmerman and Woolf (2014) يتساءل عن ما الذي يفسر الفوائد الصحية

المتزايدة الموجودة بين الأشخاص ذوي التحصيل العلمي العالي؟ هل يرجع السبب الي ما يتعلمونه في المدرسة ، مثل كيفية العيش بأسلوب حياة صحي ، أو الي المزايا الاجتماعية والاقتصادية التي تأتي من التعليم؟ أم أن الارتباط والعلاقة بين التعليم والصحة هي قضية أكثر تعقيدًا ، حيث يتضمن العديد من المتغيرات السياقية التي يمكن أن توفر إطاراً نظرياً صلباً يمكن البناء عليه.

ويذكر كلا من **Zimmerman and Woolf** (2014) كذلك أنه على الرغم من عقود وسنوات من البحث في طبيعة العلاقة بين التعليم والصحة، إلا أنه لا يزال هناك الكثير لنتعلمه حول الآليات التي تفسر هذا الاتصال والترابط. إن التعرف علي الأسباب التي تربط بين التعليم والصحة ليست مجرد تمرين في البحث العلمي بل هي ضروره لتحديد أولويات السياسة التي يجب ان تتبع في هذا المجال. إن الوعي بأهمية التعليم قد يساعد في زيادة الاستثمار في التعليم وتحسين السياسة التعليمية.

يحوي هذا الكتاب علي أبحاث علمية منشورة، ورسائل ماجستير تناولت العلاقة بين التعليم والصحة كل من زاويته.

الفصل الأول يتناول أثر المستوي التعليمي لدي مرضي السكر من الكويتيين علي العادات الصحية لديهم من إعداد الإستاذه غنيمة فالح العازمي.

الفصل الثاني يتحدث عن مدي انتشار زيادة الوزن والسمنة وعلاقتهما بالوعي الغذائي والعادات الغذائية والنشاط البدني للإستاذة خديجة محمد الخليفي.

الفصل الثالث يتناول موضوع أثر المستوي التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في تغيير نمط حياتهم في دولة الكويت من إعداد الاستاذه مني بدر دشتي.

الفصل الرابع بعنوان دور المستوي التعليمي لدي الناجين من مرض السرطان علي جودة الحياة لديهم من إعداد الاستاذه حصة خالد البرجس.

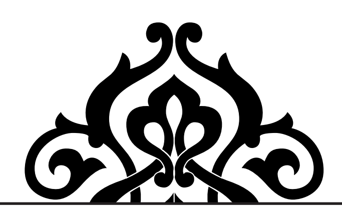
الفصل الخامس يتحدث عن واقع تعامل المدرسة مع الطلاب المصابين بمرض السكر من تأليف الاستاذه مريم عوض المطيري ومشاركة كلا من د. صالح الراشد ود.غازي الرشيدي.

الفصل السادس يتناول موضوع مستوى الوعي بمفهوم سلامة الغذاء لدى طلبة جامعة الكويت من تأليف الأستاذة شيخة إبراهيم التويجري كباحثة رئيسية وبمساعدة د. غازي الرشيدي و د. بدر الناشي.

نسأل الله العلي القدير أن ينفع بهذا الكتاب ، ويثقل بالعلم النافع الذي يحويه موازين من ساهموا وشاركوا في إعداده وتأليفه، والحمدلله رب العالمين.

د. غازي عنيزان الرشيدي

١ / ١٢/ ٢٠٢١



الفصل الأول

أثر المستوى التعليمي لدى مرضى السكر من الكويتيين على العادات الصحية لديهم

غنيمة فالح العازمي

أطروحة مقدمة لكلية الدراسات العليا بجامعة الكويت لاستيفاء جزء من متطلبات درجة الماجستير في التربية ٢٠١٦

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

مقدمة:

تعدُّ الصحة من أهم الكنوز التي وهبها الله تعالى للبشرية، ومما لاشك فيه أن صحة الفرد من أساسيات حياته والتي تمكنه من أداء أعماله على أتم وجه، فالصحة تاج على رؤوس الأصحاء. لا يراها إلا من خسرها، فهي أساس من أساسيات حياة المجتمعات، وهي سبب في حفظ كيان المجتمعات وبقائها، ووسيلة للنهوض بالأفراد والجماعات.

تعتبر الكويت من الدول الرائدة في مجال المؤسسات الصحية المختلفة، وتولي للصحة قدرا كبيرا من الإهتمام والرعاية لأهميتها، فلم تبخس دولة الكويت على مواطنيها بالخدمات الصحية المتقدمة والمجانية كون الصحة أساس نحو تقدم المجتمعات والمحافظة عليها، حتى أصبحت دولة الكويت من الدول المتقدمة عربيا وخليجيا في مجال العناية الصحية لكافة الأمراض ولاسيما مرض السكر.

وحيث إن مرض السكر من الأمراض التي تحتاج إلى عناية فائقة ومتابعة طبية مستمرة للوقاية من مضاعفاته، كان من المهم لدولة الكويت أن تعنى به، وقامت بعمل عيادة سكر في كل مستوصف حكومي وكل مستشفى حكومي، بل وقامت بتأسيس مركز خاص لرعاية مرضى السكر في مدينة الكويت وهو معهد دسمان للسكري.

فمرض السكر أصبح شبحا يجتاح المجتمع الكويتي كافة، فلم يرحم كبيرا ولا صغيرا. وللأسف فان دولة الكويت من أكثر الدول إرتفاعا في نسبة مرضى السكر.

يصنف مرض السكر من الأمراض المزمنة التي تتأثر تأثرا كبيرا بالحمية الغذائية وبالتمارين الرياضية والالتزام بتوجيهات الطبيب المختص وعمل الفحوصات الدورية بشكل منتظم، فهذه الأمور تساعد على الحفاظ على مستوى السكر في الدم، وحتى يستطيع المريض التوافق مع هذا المرض فإنه يحتاج إلى نوع من الفهم له، وهنا يأتي دور التعليم الذي يسهل على المريض التواصل مع الطبيب المختص المعالج والالتزام بتعليماته وإرشاداته فيما يخص الحمية الغذائية ومواعيد الطعام والفحوصات الدورية وأيضا ممارسة الرياضة.

إن علاقة صحة مرضى السكر ترتبط بالمستوى التعليمي لوجود علاقة قوية بينهما، لذلك كان من المهم اكتشاف مدى صحة هذه العلاقة في المجتمع الكويتي. لنقف على حقيقة هذه العلاقة والتعرف على أهم الاسباب التي تؤثر على انتشار هذا المرض الذي اجتاح المجتمع الكويتي بازدياد خلال السنوات الماضية.

مشكلة الدراسة:

لا يخفى على القارئ أن الأمراض المزمنة ولا سيما مرض السكر من الأمراض التي انتشرت بشكل مهول في دولة الكويت خلال السنوات الماضية، فأصبحت تصيب الصغار والكبار على حد سواء، حتى أصبحت دولة الكويت ذات نسبة عالية في انتشار مرض السكر بين سكانها حيث وصلت إلى ٢٣,١٪ من عدد السكان، وبهذا فهي الثانية في ترتيبها بين دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام ٢٠١٤ حسب إحصائية منظمة السكر العالمية في إصدارها السادس (idf.org).

وهذه إشارة خطيرة تستدعي القيام بخطوة جادة للتغلب على هذا الارتفاع في نسبة مرضى السكر في الكويت، وحيث أن الهدف الشامل للتربية في دولة الكويت

حث على تنمية الفرد جسمياً لذلك كان من المهم النظر في العلاقة بين صحة الفرد الجسمانية وعلاقتها بالتربية، كذلك إن أغلب الدراسات الحديثة رأت ارتباط التعليم بصحة الفرد (Brunello, Fort, Shneeweis and Winter-Amber 2011, and cuttler munny 2006). لذلك فإن الباحثة اتخذت من التعرف على أثر المستوى التعليمي على الصحة طريقا للتعرف على حقيقة العلاقة بينهما وارتباطهما بالمجتمع الكويتي.

أسئلة الدراسة:

السؤال الرئيس: ما أثر المستوى التعليمي مرضى السكر من الكويتيين على العادات الصحية لديهم؟

ويتفرع من السؤال الرئيس أربعة أسئلة فرعية كما يلي:

١- ما هي علاقة مستوى تعليم مرضى السكر بالعادات الغذائية؟

٢- ما هي علاقة مستوى تعليم مرضى السكر بممارسة الرياضة؟

٣- ما هي علاقة مستوى تعليم مرضى السكر باتباع إرشادات الطبيب؟

٤- هل توجد علاقة ارتباطية بين تعليم مرضى السكر والعادات الصحية لديهم؟

أهداف الدراسة:

تستهدف الدراسة الحالية تعرف على أثر المستوى التعليمي مرضى السكر الكويتيين على العادات الصحية لديهم، ويتفرع من هذا الهدف العام ثلاثة أهداف فرعية مرتبة كما يلي:

١- التعرف على العلاقة بين مستوى تعليم مرضى السكر بالعادات الغذائية.

٢- التعرف على العلاقة بين مستوى تعليم مرضى السكر بممارسة الرياضة.

٣- التعرف على العلاقة بين مستوى تعليم مرضى السكر باتباع إرشادات الطبيب.

أهمية الدراسة:

١- تعتبر هذه الدراسة مفيدة للتراث النظري حول التعليم وعلاقته بالصحة بشكل عام وبمرض السكر بشكل خاص.

٢- لفت الانتباه إلى أن مرضى السكر لا يحتاجون الى علاج دوائي فقط إنما هناك عوامل أخرى تؤثر على مدى التزامهم الصحي لعلاج هذا المرض.

٣- تحسين التزام مرضى السكر يؤدي على المدى البعيد إلى التحكم في مضاعفات المرض والتعايش معه.

٤- لفت نظر المؤسسات الصحية لأهمية مستوى التعليم في تخفيض نسبة التكاليف الصحية على المدى البعيد.

مصطلحات الدراسة:

١ . مرضى السكر:

أولئك الذين لديهم اضطراب في عملية التمثيل الغذائي، حيث يتسم مريض السكر بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسئول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب، على اعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول (مقبل، ٢٠١٠، ص٦).

٢. المستوى التعليمي:

ويقصد به في هذه الدراسة المؤهل العلمي الذي يتم الحصول عليه ويحدد مستوى المعارف والكفايات التي تعلمها بدءاً من الشهادة الابتدائية إلى الدكتوراة.

٣. العادات الصحية:

العادات الصحية تعد من الصفات السلوكية التي لا يستطيع الإنسان أن يتخلص منها بسهولة «لأنها كالطبيعة للإنسان»، ومعنى هذا أن للعادات أثراً كبيراً في حياة الإنسان، لكونها راسخة في النفس ولأنها ليست أمراً عارضاً أو نادر الحدوث، الأمر الذي يفرض على الجميع ضرورة العناية بها، والاهتمام بتعلمها واكتسابها منذ الصغر لما لها من أثر بارز في تكوين اتجاهات إيجابية، نحو ممارسة العادات الصحية السليمة القائمة على معارف ومفاهيم صحية حقيقة. (مجلة الصحة والتغذية، ٢٠١٢).

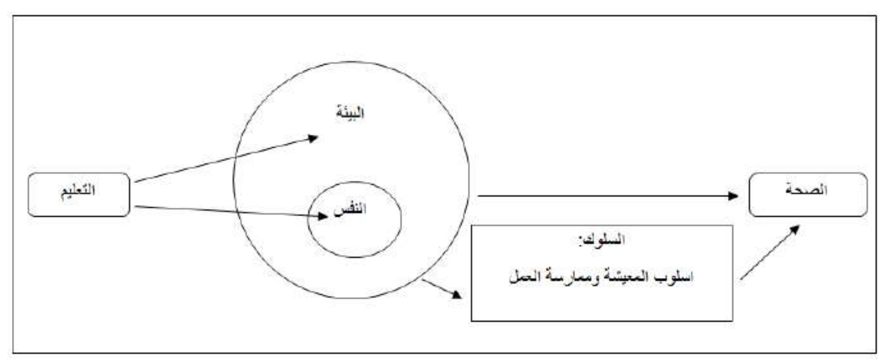
وفي هذه الدراسة تقصد بالعادات الصحية كلاً من العادات الغذائية وممارسة الرياضة واتباع إرشادات الطبيب.

الفصل الثاني: الإطار النظري

إن العلاقة بين التعليم والصحة علاقة واضحة ولا خلاف عليها، حيث أنه بالفعل الفرد الذي يتمتع بتعليم جيد تكون صحته أفضل وتقل إصابته بالأمراض بشكل عام والأمراض المزمنة بشكل خاص. على العكس تماما فإن الأشخاص الذين لديهم تعليم ضعيف فإنهم يعانون من صحة ضعيفة. كذلك الحال فإن الأشخاص المتعلمين عادة تكون نسب وفاتهم أقل من أولئك الذين يملكون تعليم غير جيد (Baker, Leon, Greenway, Collins and Movit. 2011, p307).

إن الصلة بين التعليم والصحة تم دراستها ومناقشتها على مدى السنوات الماضية بشكل موسع وكبير، بحيث أصبح مما لا شك فيه شرعية وجود هذه العلاقة في المجتمعات، غير أن مسببات وتفسيرات هذه العلاقة غير واضحة وضعت الباحثين في مفترق طرق (Ross and Wu.1995, p719).

والحقيقة أن العلاقة بين التعليم والصحة وصفت بأنها غير مباشرة، حيث أن التعليم يؤثر فعلا على الصحة ولكن بشكل غير مباشر من خلال مجموعة من العوامل والتفسيرات التي تكون في حياة الفرد وتنصب مباشرة على صحته. كما يوضح الشكل التالي والذي يبين المفاهيم الأساسية التي تؤثر على الصحة (Feinstein, Sabates, Anderson, Sorhaindo and Hammond 2005).



(p188 ,2005 ,Feinstein, Sabates, Anderson, Sorhaindo and Hammond)

يوضح شكل (١) أن علاقة التعليم بالصحة علاقة غير مباشرة، فتعليم الفرد يتأثر بالبيئة التي يعيش فيها بشكل مباشر، والتي بدورها تؤثر على سلوك الفرد وأسلوب معيشته وعاداته اليومية وممارسته للعمل بشكل مباشر أيضاً، وهذه العادات اليومية وأسلوب المعيشة تؤثر على صحة الفرد.

من التفسيرات لعلاقة التعليم والصحة الدخل، فالدخل والعمل والحالة الاقتصادية للفرد هي سبب رئيسي لتعليمهم وتعليم أبنائهم، فالأفراد الذين يمتلكون عملا مستقرا ذو دخل جيد عادة ما يتمتعون بصحة جيدة ووعي جيد بحالتهم الصحية مقارنة بالأشخاص الذين يمتلكون أعمال بسيطة غير مربحة ماديا، فالحالة المادية للفرد سبب أساسي لتوازن الفرد الداخلي وحالته النفسية وثقته بنفسه والتي تنصب مباشرة على صحته الجسدية ونسبة تعرضه للأمراض. (Lynch. 2006, p324) (p4 ,2012.Cuttler and Muney).

وقد تكون أيضا من التفسيرات للعلاقة بين التعليم والصحة يعود إلى مساندة الفرد الاجتماعية، فنحن نجد أن الاشخاص المستقرين اجتماعيا والذين يملكون عائلة مستقرة ومجموعة أصدقاء حولهم يتمتعون بصحة جيدة مقارنة بالأشخاص

غير المستقرين اجتماعيا الذين قد يميلون للانطوائية والوحدة وهذا قد يؤدي إلى صحة أكثر تدهورا من غيرهم. إن الإحساس بالسيطرة والمساندة الاجتماعية يمكن أن تقوم بحماية الفرد، ربما كان للإحساس بالسيطرة عند الفرد ارتباط مهم بحياته والحفاظ عليها، فقد تم ملاحظة أن وظيفة الفرد والدخل يرفع من حس الفرد بالسيطرة على حياته من خلال مستوى تعليمه الذي يطور الاستطاعة على كثير من المستويات والذي يرفع من إحساسه بالسيطرة والتحكم والتوجيه الذاتي والذي يجعل مهارات التواصل عالية عند الفرد. وعلى الرغم من ذلك فإن الأشخاص الذين يحتاجون إلى المساندة الاجتماعية ليكافحوا بنجاح مع عوائقهم هم بالتحديد الذين لا يحصلون عليها. فالمساندة الاجتماعية تحسن من الصحة وتقلل من الاحتمالات المسببة للموت (Ross, Wu.1995, p728).

كذلك خلفية عائلة الفرد الثقافية على صحته، حيث أن بعض العائلات تهتم بالتعليم ويحثون أبنائهم عليه، وبعض العائلات قد لا تعتبر التعليم أولوية في حياتهم أو حياة لأبنائهم. ان مستوى التعليم يقود إلى تفكير مختلف وأنماط مختلفة لاتخاذ القرار لذلك فإن أي سياسة تؤثر على التعليم سيكون لها وقع مباشر على صحة السكان. نحن نجد كذلك أن خلفية العائلات الثقافية تنصب على عاداتهم الغذائية والصحية والتي تسهم بشكل مباشر على صحة الفرد نفسه (Chou, Liu, Grossman, Joyce.2007, p36) (Cuttler,Muney.2006, p12).

أيضا عادات الفرد الصحية والغذائية. فنجد أن الأشخاص المتعلمين بشكل جيد يميلون إلى ممارسة الرياضة بانتظام واتباع حمية غذائية متوازنة ويحافظون على إجراء الفحوص الدورية، كذلك فإنهم غالبا غير مدخنين وبطبيعة الحال فان كل ذلك يؤدي قطعا إلى صحة أفضل. ومن جهة أخري نجد العكس تماما فإن الأشخاص

الذين يملكون تعليما متواضعا غالبا يكونون مدخنين ولا يمارسون الرياضة بانتظام ويهملون عمل الفحوصات الدورية ولا يهتمون بنوعية الطعام الذي يتناولونه وهذا مما لا شك فيه يؤثر مباشرة على صحتهم (Brunello,Fort,Shneeweis,Winter-ember. p2011).

قد يكون سبب العلاقة بين التعليم والصحة أحد السابق أو بعضها أو جميعها، ولكن بالتأكيد نستطيع أن نقول إن تعليم الفرد يترجم على صحته بشكل أو بآخر ويظهر عليه في مواضع كثيرة.

الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية

سيتم من خلال هذا الفصل مناقشة المنهج المتبع في هذه الدراسة والإجراءات الميدانية التي قامت الباحثة باتباعها للتوصل إلى نتائج هذه الدراسة.

المنهج والاجراءات:

يتضمن هذا الفصل وصف حدود الدراسة وعرض مفصل لمجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وطرق التحقق من صدق الأداة وثباتها، إضافة إلى إجراءات الدراسة، ومتغيرات الدراسة، وأخيرا عرض لأهم المعالجات الإحصائية التي اتبعتها الباحثة بناء على أسئلة الدراسة لتحليل البيانات.

أولا: حدود الدراسة:

للدراسة الحالية حدود رئيسية تتمثل في:

الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على مرضى السكر الكويتيين في معهد دسمان للسكري فقط، ولا تتعداه الى مرضى السكري في المراكز الطبية.

الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال شهري يوليو واغسطس من عام ٢٠١٤.

ثانيا: منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي للكشف عن أثر متغير المستوى التعليمي على العادات الصحية لدى مرضى السكر وتم الاستعانة بالاستبيان أحد أدوات المنهج الوصفي للكشف عن العلاقة بين متغير المستوى التعليمي وكلاً من متغير العادات الغذائية، وممارسة الرياضة، واتباع إرشادات الطبيب.

ثالثا: مجتمع الدراسة وعينته:

تتكون مجتمع الدراسة من كل مرضى السكر المسجلين بمعهد دسمان للسكري. والذي يقدر عددهم ب ١٠٠٠٠ مريض في المعهد (dasmaninstitute.org) من بينهم ٤٩٦٤ مريض كويتي.

عينة الدراسة:

اشتملت العينة عدد (٣٣٠) من مرضى السكر (معهد دسمان للسكري) والتي تمثل ٦,٦٥٪ من مجتمع عينة الدراسة، حيث قامت الباحثة بتوزيع الاستبانة شخصيا على العينة في معهد دسمان للسكري يوميا خلال شهري يوليو وأغسطس من الصباح إلى وقت الظهر حيث تسلم الاستبانة إلى كل مريض يدخل المعهد ويرغب بالمشاركة، وحرصت الباحثة على الجلوس مع المريض لحين انتهائه منها، وقامت بقراءة الاستبانة وتوضيحها للمرضى الذين لا يتمكنون من القراءة سواء لكبر سنهم أو لتعرضهم لمضاعفات مرض السكر وقصور بالنظر. والجدول رقم (١) يظهر خصائص العينة.

جدول (١) خصائص العينة:

المتغيرات		تكرار	النسبة
مستوى التعليم	دون المتوسط	٢٠	٦,١
	متوسط	٨٨	٢٦,٧
	ثانوي	٥٨	١٧,٦
	دبلوم	٦٩	٢٠,٩
	جامعي	٩٠	٢٧,٣
	دراسات عليا	٥	١,٥
الجنس	ذكور	١٩٦	٥٩,٤
	إناث	١٣٤	٤٠,٦

يظهر نتائج جدول (١) التالي:

بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي لمرضى السكر جاء في المركز الأول الحاصلين على الدرجة الجامعية بنسبة ٢٧,٣ ٪ تلتها الحاصلين على المتوسطة بنسبة ٢٦,٧ ٪ فحملة الدبلوم بنسبة ٢٠,٩ ٪ وحملة الثانوي بنسبة ١٧,٦ فيما جاءت نسبة حملة الدراسات العليا أقل النسب ١,٥ ٪.

بالنسبة لمتغير الجنس يظهر الجدول أن النسبة الغالبة جاءت للذكور بنسبة ٥٩,٤ مقابل ٤٠,٦ للإناث.

رابعا: متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية (الجنس- المستوى التعليمي).

خامسا: أداة الدراسة:

استبانة لقياس (أثر المستوى التعليمي لدى مرضى السكر من الكويتيين على العادات الصحية لديهم) وتتضمن ثلاث محاور كالتالي:

المحور الأول : علاقة مرضى السكر بالعادات الغذائية يتضمن (١٣ بندا).

المحور الثاني: علاقة مرضى السكر بممارسة الرياضة (٩ بنود) بالإضافة ثلاث أسئلة لمن يمارسون الرياضة شملت المدة والوقت وأماكن ممارسة الرياضة.

المحور الثالث: علاقة مرضى السكر باتباع إرشادات الطبيب (١٣ بندا).

بناء أداة الدراسة (الاستبانة):

استندت الباحثة في تحديدها لمحاور الاستبانة على مجموعة من الخطوات:

١- الاطلاع على الدراسات السابقة وعلاقة التعليم بالصحة.

٢- حصر مجموعة من العوامل التي تؤثر على الصحة مثل التغذية وممارسة الرياضة واتباع إرشادات الطبيب والسمنة والتدخين والدخل وشرب الخمور والمخدرات والمساندة الاجتماعية للمريض.

٣- اختيار المحاور التي تناسب المجتمع الكويتي وتلمس واقعه كون الدراسة تنظر في أثر المستوى التعليمي عند مرضى السكر الكويتيين بشكل خاص.

٤- تصميم الاستبانة ووضع البنود المناسبة لكل محور.

صياغة عبارات الاستبانة:

تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين والنظر في آراءهم ومقترحاتهم. قامت الباحثة بالالتزام بآراء المحكمين وتم تحديد المحاور الاساسية الثلاث للاستبانة، ثم قامت الباحثة بصياغة العبارات المندرجة تحت محاورها حيث بلغت ٣٨ عبارة.

طريقة قياس الدرجات:

تتكون الاستبانة في صورتها النهائية من ثمانية وثلاثون عبارة مقسمة على المحاور السابق ذكرها وقد تم التأكد منها خلال أراء المحكمين، ويمثل كل محورا منها مقياساً مستقلا يقيس جانباً من الجوانب، وقد تم وضع مقياس الشيوع الخماسي للحصول على استجابات أكثر دقة متدرج من (١-٥) يمثل الفئات التالية:

أبدا(١) نادرا (٢) أحيانا (٣) غالبا (٤) دائما(٥).

الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

نتائج الدراسة:

من أجل الاجابة على أسئلة الدراسة قامت الباحثة بتقسيم عرض المعلومات المتوافرة حول كل سؤال الى جزئين:

الجزء الأول: ويتعلق بإجابات أفراد العينة بشكل عام.

الجزء الثاني: إجابات أفراد العينة بناء على المستوى التعليمي.

السؤال الأول: ماهي علاقة مستوى تعليم مرضى السكر بالعادات الغذائية؟

أولا: استجابات أفراد العينة بشكل عام:

أولا: العادات الغذائية			دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١	أعتقد ان هناك علاقة بين الغذاء ومرض سكر الدم	ت	١٨٣	١٠٩	٣٢	٣	٢	٤,٤٢	٠,٧٥	١
		٪	٥٥,٦	٣٣,١	٩,٧	٠,٩	٠,٦			
٢	تتأثر حالتي الصحية حسب غذائي	ت	١٨١	٨٨	٥٦	٢	٢	٤,٣٥	٠,٨٢	٢
		٪	٥٥,٠	٢٦,٧	١٧,٠	٠,٦	٠,٦			
٣	أعرف الاطعمة التي تؤثر على حالتي الصحية	ت	١٤٩	١٣٠	٣٠	١٦	٣	٤,٢٤	٠,٨٨	٣
		٪	٤٥,٤	٣٩,٦	٩,١	٤,٩	٠,٩			
٤	أتجنب الاطعمة التي تؤثر على حالتي الصحية	ت	٥٧	١٢٥	١١٦	٣٠	١	٣,٦٣	٠,٨٨	٧
		٪	١٧,٣	٣٨,٠	٣٥,٣	٩,١	٠,٣			

أولا: العادات الغذائية			دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
٥	أتناول الوجبات بانتظام في المواعيد المحددة	ت	٦٩	١٦٣	٨١	١٢	٣	٣,٨٦	٠,٨٢	٦
		٪	٢١,٠	٤٩,٧	٢٤,٧	٣,٧	٠,٩			
٦	أشعر بالرضا عندما أتناول الغذاء المناسب لحالتي الصحية	ت	١٢٣	١٥٨	٢٢	٢١	٣	٤,١٥	٠,٨٧	٤
		٪	٣٧,٦	٤٨,٣	٦,٧	٦,٤	٠,٩			
٧	تتوافق الأغذية المناسبة لحالتي الصحية مع رغباتي	ت	٢٧	٨٤	١٥٩	٤٩	١٠	٣,٢١	٠,٩٠	١٠
		٪	٨,٢	٢٥,٥	٤٨,٣	١٤,٩	٣,٠			
٨	أتناول كل شيء ولكن باعتدال	ت	٨٣	١٥٦	٧٢	١٤	٣	٣,٩٢	٠,٨٥	٥
		٪	٢٥,٣	٤٧,٦	٢٢,٠	٤,٣	٠,٩			
٩	أتناول المكملات الغذائية يوميا	ت	٥٩	٤١	٨٤	٨٦	٥٨	٢,٨٧	١,٣٤	١٢
		٪	١٨,٠	١٢,٥	٢٥,٦	٢٦,٢	١٧,٧			
١٠	أعاني من زيادة الوزن والسمنة	ت	٦٧	٥٢	٧٠	٧٧	٦٢	٢,٩٥	١,٤٠	١١
		٪	٢٠,٤	١٥,٩	٢١,٣	٢٣,٥	١٨,٩			
١١	أجد راحتي في تناول الطعام	ت	٧٥	٨٢	١٠٧	٥٣	١٠	٣,٤٩	١,١٠	٨
		٪	٢٢,٩	٢٥,١	٣٢,٧	١٦,٢	٣,١			
١٢	ألتزم بقائمة الطعام المناسبة لحالتي الصحية بشكل عام	ت	٤٢	١٣٤	٩١	٣٦	٢٤	٣,٤١	١,٠٨	٩
		٪	١٢,٨	٤١,٠	٢٧,٨	١١,٠	٧,٣			

أولا: العادات الغذائية			دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١٣	يؤثر التدخين عن حالتي الصحية	ت	٦١	٨	٣٥	٩	٢١٠	٢,٠٧	١,٦٠	١٣
		٪	١٨,٩	٢,٥	١٠,٨	٢,٨	٦٥,٠			
	المحور ككل							٣,٥٧	٠,٥٤	

جدول (٧) التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور علاقة مرض السكر بالعادات الغذائية

يتضح من إجابات غالبية أفراد العينة أن معرفتهم بمدى العلاقة بين الغذاء ومرض السكر، وأنهم يرون أن حالتهم الصحية تتأثر حسب نوعية الغذاء، كما أن عندهم معرفة بالأطعمة التي تؤثر على حالتهم الصحية، ويشعرون بالرضا عند تناول الغذاء المناسب لحالتهم الصحية، إلا أن ثلثي أفراد العينة لا يرون ان التدخين يؤثر على حالتهم الصحية، كما أن اكثر من الثلث فقط يعانون من السمنة وزيادة الوزن.

ثانيا: إجابات أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

أولا: العادات الغذائية		دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	أعتقد ان هناك علاقة بين الغذاء ومرض سكر الدم	٣,٧٩	١,١٨	٤,٢٣	٠,٩٦	٤,٤٨	٠,٥٤	٤,٤٩	٠,٥٣	٤,٦٤	٠,٥٦

	أولا: العادات الغذائية	دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٢	تتأثر حالتي الصحية حسب غذائي	٣,٦٨	٠,٨٢	٤,٤٠	٠,٩٣	٤,١٦	٠,٨٩	٤,٣٥	٠,٦٤	٤,٥٦	٠,٧١
٣	أعرف الاطعمة التي تؤثر على حالتي الصحية	٤,٢١	٠,٤٢	٤,٤٢	٠,٧٨	٣,٦٧	١,١٥	٤,٥٤	٠,٧٤	٤,٢٠	٠,٧٧
٤	أتجنب الاطعمة التي تؤثر على حالتي الصحية	٢,٩٥	٠,٨٥	٣,٧	٠,٩١	٣,٣٤	٠,٦٦	٣,٧٤	١,٠١	٣,٧٣	٠,٨٠
٥	أتناول الوجبات بانتظام في المواعيد المحددة	٤,١١	٠,٧٤	٤,٤٠	٠,٧٠	٣,٤٠	٠,٧٠	٣,٨٥	٠,٦٥	٣,٦١	٠,٨٣
٦	أشعر بالرضا عندما اتناول الغذاء المناسب لحالتي الصحية	٤,٠٠	٠,٦٧	٤,٤٤	٠,٦٩	٣,٧٩	١,٢٤	٣,٩٧	٠,٨٠	٤,٢٧	٠,٧٢
٧	تتوافق الأغذية المناسبة لحالتي الصحية مع رغباتي	٢,٧٩	٠,٨٥	٣,٢٣	٠,٨٣	٣,٥٧	١,٠٨	٢,٩٣	٠,٩٣	٣,٢٦	٠,٧٥
٨	أتناول كل شيء ولكن باعتدال	٤,١١	٠,٧٤	٤,٣٨	٠,٧٢	٣,٩٨	٠,٩١	٣,٦٢	٠,٧٩	٣,٦٤	٠,٨٠
٩	أتناول المكملات الغذائية يوميا	٢,١٦	١,٥٧	٣,٣٠	١,٥٨	٢,٤٣	١,٢٦	٢,٧٤	٠,٩١	٢,٩٨	١,٢٣

	أولا: العادات الغذائية	دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١٠	أعاني من زيادة الوزن والسمنة	٣,١٦	٠,٩٦	٣,٦٤	١,٣٥	١,٨٨	١,٣٣	٢,٦٣	٠,٩٦	٣,١٧	١,٤١
١١	أجد راحتي في تناول الطعام	٣,٣٢	٠,٨٩	٣,٨٠	١,٠٣	٣,٨٨	٠,٩٩	٢,٧١	٠,٧١	٣,٥٥	١,٢٣
١٢	ألتزم بقائمة الطعام المناسبة لحالتي الصحية بشكل عام	٣,١١	١,١٥	٣,٤٥	١,٢٦	٢,٩٣	٠,٩٩	٣,٦٥	٠,٧٣	٣,٥٥	١,٠٦
١٣	يأثر التدخين عن حالتي الصحية	١,٣٢	١,٠٠	١,٨٥	١,٦٠	٢,٥٧	١,٨٧	١,٥٢	١,١٣	٢,٥٣	١,٦٠
المحور ككل		٣,٢٨	٠,٥١	٣,٧٩	٠,٥٨	٣,٣٩	٠,٦٦	٣,٤٢	٠,٣٩	٣,٦٥	٠,٤٤

جدول (٨) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعلاقة المستوى التعليمي بالعادات الغذائية

عند النظر إلى إجابات أفراد العينة بناء على مستوى تعليمهم بشكل عام يلاحظ أن إجابات ذوي المؤهل المتوسط حصلت على أعلى متوسط حسابي ثم تبعتها إجابات المؤهل الجامعي فما فوق ثم الدبلوم فالثانوي وأقل المتوسطات الحسابية حصل عليه ذوي المؤهل دون المتوسط.

كما يلاحظ من العبارات التي تلقت أعلى متوسطات حسابية أن الوعي بالعلاقة بين الغذاء ومرض سكر الدم يزداد بارتفاع المستوى التعليمي، كذلك يلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لمرضى السكر كلما زادت موافقتهم على أن الحالة

الصحية تتأثر بنوع الغذاء الذي يتناولونه باستثناء المؤهل المتوسط الذي شهد ارتفاعا في المتوسط الحسابي لهذا البند.

بالاضافة إلى أن مرضى السكر ذوي مؤهل الدبلوم كانوا يعرفون الاطعمة التي تؤثر على حالتهم الصحية يأتي بعدهم مباشرة المتوسط فدون المتوسط فالجامعي فما فوق وأخيرا الثانوي.

وفيما يخص العبارات التي تلقت أقل المتوسطات الحسابية لوحظ ان زيادة الوزن والسمنة تزداد بانخفاض المؤهل التعليمي باستثناء الجامعي فما فوق الذي سجل ارتفاعا في المتوسط الحسابي لهذا البند.

كما أن الوعي بتناول المكملات الغذائية يوميا عند مرضى السكر يزداد بارتفاع المستوى التعليمي باستثناء المؤهل المتوسط الذي وجد أن له متوسط حسابي مرتفع في هذا البند.

كذلك وجد مرضى السكر من ذوي المؤهل الثانوي أن التدخين يؤثر على حالتهم الصحية تلاهم الجامعي فما فوق ثم المتوسط فالدبلوم وأخيرا دون المتوسط.

السؤال الثاني: ماهي علاقة مستوى تعليم مرضى السكر بممارسة الرياضة؟

أولا: إستجابات أفراد العينة بشكل عام:

ثانيا: علاقة مرضى السكر بممارسة الرياضة			دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
١٤	أمارس الرياضة بشكل منتظم	ت	٤٠	٧١	٦٠	٥٤	١٠٤	٢,٦٦	١,٤٢	٧
		٪	١٢,٢	٢١,٦	١٨,٢	١٦,٤	٣١,٦			
١٥	ممارسة الرياضة تحسن من حالتي	ت	١٥٩	٨٥	٣٧	٦	٤١	٣,٩٦	١,٣٤	٣
		٪	٤٨,٥	٢٥,٩	١١,٣	١,٨	١٢,٥			
		٪	١٠,٣	٢٦,٤	١٣,١	١٣,١	٣٧,١			
١٦	أرى ان هناك علاقة بين ممارسة الرياضة ومرض السكر	ت	١٩٥	٧١	٣٤	٤	٢٤	٤,٢٥	١,١٦	١
		٪	٥٩,٥	٢١,٦	١٠,٤	١,٢	٧,٣			
١٧	أشعر بحالة نفسية أفضل بعد ممارسة الرياضة	ت	١٩٣	٥٩	١٤	٧	٥٥	٤,٠٠	١,٤٩	٢
		٪	٥٨,٨	١٨,٠	٤,٣	٢,١	١٦,٨			
١٨	ممارسة الرياضة تغنيني عن استخدام الادوية	ت	٣٤	٣٠	٧١	٩٢	٩٧	٢,٤٢	١,٢٩	١٠
		٪	١٠,٥	٩,٣	٢١,٩	٢٨,٤	٢٩,٩			
١٩	أرى ان هناك فرق بين ممارسة الرياضة وعدم ممارستها	ت	١٣٧	١١٠	١٨	١٦	٤٣	٣,٨٧	١,٣٦	٤
		٪	٤٢,٣	٣٤,٠	٥,٦	٤,٩	١٣,٣			
٢٠	أخصص الوقت الكافي لممارسة الرياضة	ت	٤١	٧٨	٥٣	٦٥	٨٧	٢,٧٦	١,٤٠	٦
		٪	١٢,٧	٢٤,١	١٦,٤	٢٠,١	٢٦,٩			

ثانيا: علاقة مرضى السكر بممارسة الرياضة			دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
٢١	لا أجد الوقت الكافي لممارسة الرياضة	ت	٤	٧٤	٦٣	١٠٠	٨١	٢,٤٤	١,١٣	٩
		٪	١,٢	٢٣,٠	١٩,٦	٣١,١	٢٥,٢			
٢٢	الرياضة جزء من حياتي	ت	٦٠	٥٢	٥٠	٧٩	٨٣	٢,٧٧	١,٤٦	٥
		٪	١٨,٥	١٦,٠	١٥,٤	٢٤,٤	٢٥,٦			
المحور ككل								٣,١٤	٠,٩٩	

جدول (٩) التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور علاقة مرض السكر بممارسة الرياضة

يتضح من إجابات أفراد العينة معرفتهم بمدى العلاقة بين ممارسة الرياضة ومرض سكر الدم، واتضح أيضا أن ثلثي العينة يشعرون بحالة نفسية أفضل بعد ممارسة الرياضة، كما أن ثلثي أفراد العينة أيضا يرون أن ممارسة الرياضة تحسن من حالتهم الصحية، الا أن ثلث أفراد العينة لا يرون أن ممارسة الرياضة قد تغنيهم عن استخدام الأدوية.

ثانيا: علاقة مرضى السكر بممارسة الرياضة		دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١٤	أمارس الرياضة بشكل منتظم	١,٢١	٠,٤٢	١,٦٨	٠,٩٢	٣,٠٩	١,٦٧	٣,٢٥	١,٢٨	٣,١٨	١,١٩
١٥	ممارسة الرياضة تحسن من حالتي	٢,٠٠	١,٦٧	٣,٥٩	١,٦٢	٤,٣١	٠,٩٠	٤,٣٥	٠,٧٥	٤,٢٠	١,١٣
١٦	أرى ان هناك علاقة بين ممارسة الرياضة ومرض السكر	٢,٣٢	١,٨٠	٣,٨٤	١,٤٤	٤,٦٤	٠,٤٨	٤,٨٧	٠,٣٤	٤,٣٣	٠,٨٠
١٧	أشعر بحالة نفسية افضل بعد ممارسة الرياضة	١,٩٥	١,٦٨	٣,١١	١,٨٩	٤,٤٠	٠,٩٢	٤,٦٦	٠,٧٠	٤,٥٢	٠,٨٩
١٨	ممارسة الرياضة تغنيني عن إستخدام الادوية	١,٤٠	٠,٧٥	١,٩٠	١,١٦	٢,٦٧	٠,٨٢	٢,٤٥	١,٣٠	٢,٩٤	١,٤٣
١٩	أرى ان هناك فرق بين ممارسة الرياضة وعدم ممارستها	٢,٢٥	١,٨٠	٣,٢٥	١,٧٩	٤,١٢	٠,٧٥	٤,٣٣	٠,٦٢	٤,٣٢	٠,٩٥
٢٠	أخصص الوقت الكافي لممارسة الرياضة	١,٢٥	٠,٥٥	١,٨٤	٠,٨٩	٣,٢٩	١,٤٩	٣,٥٠	٠,٩٩	٣,٠٨	١,٤٣
٢١	لا أجد الوقت الكافي لممارسة الرياضة	١,٤٥	٠,٨٩	٢,٥٥	١,٢٠	١,٩٠	٠,٩٧	٢,٤٨	٠,٨٥	٢,٨٦	١,١٥

ثانيا: علاقة مرضى السكر بممارسة الرياضة		دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٢٢	الرياضة جزء من حياتي	١,٢٠	٠,٥٢	١,٧٦	٠,٨٢	٢,٧٩	١,٥٤	٣,٥٥	١,١٧	٣,٥١	١,٣٦
المحور ككل		١,٥٨	٠,٨٢	٢,٥٠	٠,٩٢	٣,٤٢	٠,٧٣	٣,٥١	٠,٦٠	٣,٦٠	٠,٦٣

جدول (١٠) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعلاقة المستوى التعليمي بممارسة الرياضة

ثانيا: إجابات أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

وعند النظر إلى استجابات أفراد العينة ككل بناء على مستواهم التعليمي وجد أن الوعي بممارسة الرياضة بشكل عام يزداد بارتفاع المستوى التعليمي عند أفراد العينة.

عند النظر إلى استجابات أفراد العينة على حسب مستوى تعليمهم على العبارات المدرجة في هذا المحور يلاحظ أن مرضى السكر من ذوي مؤهل الدبلوم أيقنوا العلاقة بين ممارسة الرياضة ومرض السكر يليهم الثانوي فالجامعي فما فوق وكان أقلهم وعيا لهذه العلاقة هم المتوسط ودون المتوسط على التوالي.

كذلك لوحظ أن المرضى من حملة الدبلوم صرحوا بأنهم يشعرون بحالة نفسية أفضل بعد ممارسة الرياضة يليهم الجامعي فما فوق ثم الثانوي، أما المرضى من

ذوي مؤهل المتوسط ودون المتوسط الأقل استجابة فيما يخص هذا البند.

كما أن مرضى السكر من ذوي مؤهل الدبلوم وجدوا أن ممارسة الرياضة تحسن من حالتهم الصحية تبعهم في ذلك الثانوي ثم الجامعي فما فوق ثم كان المتوسط ودون المتوسط الأقل في هذا البند.

وفيما يخص العبارات التي تلقت أقل المتوسطات الحسابية فقد لوحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لمرضى السكر كلما زادت موافقتهم على أن ممارسة الرياضة قد تغنيهم عن استخدام الأدوية.

في حين وجد أن ارتفاع المستوى التعليمي اقترن بانخفاض الوقت الكافي لممارسة الرياضة عند أفراد العينة باستثناء المؤهل المتوسط الذي كان له متوسط حسابي مرتفع في هذا البند.

وأخيرا فقد لوحظ من خلال استجابات أفراد العينة أن الوعي بممارسة الرياضة بشكل منتظم يزداد بارتفاع المستوى التعليمي لديهم.

السؤال الثالث: ماهي علاقة مستوى تعليم مرضى السكر باتباع إرشادات الطبيب؟

أولا: استجابات أفراد العينة بشكل عام:

	ثالثاً اتباع إرشادات الطبيب		دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
٢٣	أتبع إرشادات الطبيب	ت	١٦٨	١٤١	١١	٤	٢	٤,٤٤	٠,٦٨	٤
		٪	٥١,٥	٤٣,٣	٣,٤	١,٢	٠,٦			
٢٤	أعتقد ان تعليمات الطبيب تناسب حالتي الصحية	ت	٢٠٦	٩٤	١٨	٧	–	٤,٥٤	٠,٧٠	٢
		٪	٦٣,٤	٢٨,٩	٥,٥	٢,٢	–			
٢٥	أدرك تعليمات الطبيب بوضوح	ت	١٨٠	١٠٧	١٥	٤	٣	٤,٤٨	٠,٧٤	٣
		٪	٥٨,٣	٣٤,٦	٤,٩	١,٣	١,٠			
٢٦	أتردد على أكثر من طبيب	ت	٣٥	١٣	٣٦	٦٤	١٧٦	١,٩٧	١,٣٤	١٣
		٪	١٠,٨	٤,٠	١١,١	١٩,٨	٥٤,٣			
٢٧	نادرا ما أذهب للطبيب	ت	١٨	٧٧	٣٣	٦٣	١١٩	٢,٣٩	١,٣٦	١١
		٪	٥,٨	٢٤,٨	١٠,٦	٢٠,٣	٣٨,٤			
٢٨	ألتزم بالاطعمة التي يحددها الطبيب لحالتي الصحية	ت	٧٦	١٥٩	٨٠	٦	٥	٣,٩٠	٠,٨٣	٧
		٪	٢٣,٣	٤٨,٨	٢٤,٥	١,٨	١,٥			
٢٩	ينصحني الطبيب بممارسة الرياضة بانتظام	ت	٢٢٨	٤٩	٢٨	٣	٥	٤,٥٧	٠,٨٢	١
		٪	٧٢,٨	١٥,٧	٨,٩	١,٠	١,٦			

ثالثاً اتباع إرشادات الطبيب			دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
٣٠	أتبع الوصفات المشهورة بين الناس لعلاج حالتي الصحية	ت	٥٣	٢٤	٥٠	٨٢	١١٧	٢,٤٣	١,٤٥	١٠
		٪	١٦,٣	٧,٤	١٥,٣	٢٥,٢	٣٥,٩			
٣١	الرياضة جزء من حياتي	ت	٩٣	١٧٢	٤٠	١٠	١١	٤,٠٠	٠,٩١	٦
		٪	٢٨,٥	٥٢,٨	١٢,٣	٣,١	٣,٤			
٣٢	لا أجد الوقت الكافي لمراجعة الطبيب	ت	٥٠	٥٤	٦٠	٩١	٦٦	٢,٧٩	١,٣٦	٩
		٪	١٥,٦	١٦,٨	١٨,٧	٢٨,٣	٢٠,٦			
٣٣	ألتزم بالجدول الزمني لمواعيد مراجعتي مع الطبيب	ت	٦٨	١٣٥	٣٧	٢٩	٤٤	٣,٤٩	١,٣١	٨
		٪	٢١,٧	٤٣,١	١١,٨	٩,٣	١٤,١			
٣٤	لا أرى ضروره ملحة لمراجعة الطبيب بانتظام	ت	٤٧	٢٨	٢٠	٦١	١٦٢	٢,١٧	١,٤٩	١٢
		٪	١٤,٨	٨,٨	٦,٣	١٩,٢	٥٠,٩			
٣٥	أفضل أن أتعامل مع طبيب الحكومة	ت	١٩٤	٦٩	٣٨	١٠	١٣	٤,٣٠	١,٠٦	٥
		٪	٥٩,٩	٢١,٣	١١,٧	٣,١	٤,٠			
المحور ككل								٣,٤٤	٠,٤١	

جدول (١١) التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور علاقة مرض السكر بإتباع إرشادات الطبيب

يتضح من إستجابات غالبية أفراد العينة أن الطبيب المعالج ينصحهم بممارسة الرياضة، وأنهم يرون أن تعليمات الطبيب المعالج تناسب حالتهم الصحية، كذلك

أنهم يدركون التعليمات التي يعطيها لهم الطبيب بوضوح.

وتبين أيضا أن ثلث العينة لا يأبه بالوصفات المشهورة بين الناس كعلاج لمرض السكر لديهم، كذلك ثلث العينة أيضا يعتقد بضرورة مراجعة الطبيب بانتظام ويؤكدون على أهمية مراجعة الطبيب المختص بمرض السكر.

ثانيا: اجابات أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

	ثالثا: اتباع إرشادات الطبيب	دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٢٣	أتبع إرشادات الطبيب	٤,١٥	٠,٥٩	٤,٦٨	٠,٦٢	٤,٧١	٠,٤٦	٤,٢٥	٠,٧٣	٤,٢٤	٠,٧١
٢٤	أعتقد ان تعليمات الطبيب تناسب حالتي الصحية	٤,١٥	٠,٦٧	٤,٧٤	٠,٥١	٤,٧٤	٠,٤٨	٤,٢٩	٠,٧٩	٤,٤٧	٠,٨١
٢٥	أدرك تعليمات الطبيب بوضوح	٤,٢٠	٠,٥٢	٤,٥٠	٠,٦٤	٤,٢٨	٠,٨٣	٤,٥٢	٠,٧١	٤,٥٨	٠,٨١
٢٦	أتردد على اكثر من طبيب	١,١٥	٠,٤٩	١,٧٨	١,١١	٢,٧٦	١,٦٥	١,٦٨	١,٢٢	٢,٠٣	١,٣٢
٢٧	نادرا ما أذهب للطبيب	١,٨٥	١,٣٥	٢,٨٤	١,٢٩	٢,٩١	١,٤٩	١,٩٤	١,٣٠	٢,١٧	١,٢٣

ثالثا: اتباع إرشادات الطبيب		دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٢٨	ألتزم بالاطعمة التي يحددها الطبيب لحالتي الصحية	٤,٠٠	٠,٧٣	٤,٢٢	٠,٩٥	٣,٥٢	٠,٧٥	٣,٩٢	٠,٥٩	٣,٨٢	٠,٨٠
٢٩	ينصحني الطبيب بممارسة الرياضة بانتظام	٤,٥٥	٠,٥١	٤,٣٩	٠,٩٥	٤,٧١	٠,٧٤	٤,٧٤	٠,٥١	٤,٥٧	٠,٩٣
٣٠	أتبع الوصفات المشهورة بين الناس لعلاج حالتي الصحية	٢,٧٠	٠,٩٨	٢,٤٠	١,٦٢	٣,٠٣	١,٦٢	٢,١٧	١,٢٨	٢,٢١	١,٢٥
٣١	تشكل مراجعة الطبيب دوريا جزء من حياتي	٤,١٠	٠,٤٥	٤,٢٣	٠,٧٢	٣,٩٧	١,٤٩	٤,١٥	٠,٥٩	٣,٦٨	٠,٧٩
٣٢	لا أجد الوقت الكافي لمراجعة الطبيب	٢,٦٥	١,٥٧	٣,٤٠	١,٥٨	٢,٤٣	١,٢٧	٢,٤٩	١,٠٩	٢,٦٥	١,١٥
٣٣	ألتزم بالجدول الزمني لمواعيد مراجعتي مع الطبيب	٣,٠٠	١,٥٢	٣,٢٠	١,٦٦	٣,٢٧	١,٢٣	٣,٨٩	٠,٩٠	٣,٦٩	١,٠٦
٣٤	لا أرى ضروره ملحة لمراجعة الطبيب بانتظام	٢,١٠	١,٣٣	٢,٧٣	١,٨٠	١,٥٥	١,١٢	٢,١٧	١,٣٥	٢,٠١	١,٣٢

ثالثا: اتباع إرشادات الطبيب		دون المتوسط ن=٢٠		متوسط ن=٨٨		ثانوي		دبلوم		جامعي فما فوق	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٣٥	أفضل أن أتعامل مع طبيب الحكومة	٤,٥٠	٠,٧٦	٤,٢٥	٠,٩٤	٤,٦٣	٠,٩١	٤,٤٢	١,٠٤	٤,٠٣	١,٢٣
المحور ككل		٣,١٣	٠,٣١	٣,٦٤	٠,٣٦	٣,٢٧	٠,٤٦	٣,٤٢	٠,٤٣	٣,٣٧	٠,٣٧

جدول (١٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعلاقة المستوى التعليمي باتباع إرشادات الطبيب

عند النظر الى استجابات أفراد العينة ككل بناء على مستواهم التعليمي يلاحظ أن إجابات ذوي مؤهل المتوسط حصل على أعلى متوسط حسابي ثم تبعه الدبلوم ثم الجامعي فما فوق فالثانوي واقل المتوسطات حصل عليه مؤهل دون المتوسط.

أما عند النظر باستجابات أفراد العينة على عبارات هذا المحور بناء على مستواهم التعليمي فقد لوحظ أن مرضى السكر من ذوي مؤهل الدبلوم يوافقون أن الطبيب ينصحهم بممارسة الرياضة تبعهم في ذلك الثانوي ثم الجامعي فما فوق فيما وجد أن المتوسط ودون المتوسط كانت إجاباتهم الأقل في المتوسط الحسابي على هذا البند.

أيضا كان مرضى سكر الدم الذين يحملون المؤهل الثانوي يرون أن تعليمات الطبيب تناسب حالتهم الصحية تبعهم المتوسط ثم الجامعي فما فوق فالدبلوم وأخيرا دون المتوسط.

بالإضافة إلى أنه لوحظ من خلال استجابات أفراد العينة أن إدراك تعليمات الطبيب بوضوح يزداد بارتفاع المستوى التعليمي باستثناء ذوى مؤهل المتوسط الذي شهد ارتفاعا في المتوسط الحسابي لهذا البند.

أما فيما يخص العبارات التي تلقت أقل المتوسطات الحسابية لوحظ أن مرضى سكر الدم ذوي المؤهل المتوسط لا يرون أن مراجعة الطبيب بانتظام أمرا ضروريا تبعهم في ذلك الدبلوم ثم دون المتوسط ثم الجامعي فما فوق وأخيرا الثانوي.

كذلك وجد أن مرضى السكر من حملة الشهادة الثانوية نادرا ما يذهبون الى الطبيب تبعهم في ذلك المتوسط ثم الجامعي فما فوق والدبلوم وأخيرا دون المتوسط.

أما فيما يخص اتباع الوصفات المشهورة بين الناس فقد كانت استجابات العينة توضح أن حاملي مؤهل التعليم الثانوي ودون المتوسط والمتوسط يوافقون على هذا البند فيما كان الأقل هم موافقة حاملي المؤهل الجامعي فما فوق والدبلوم.

السؤال الرابع: هل توجد علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي لدى مرضى السكر والعادات الصحية لديهم؟

للإجابة على السؤال تم استخدام معامل ارتباط بيرسون الخطية وجاءت النتائج كما بالجدول (١٣)

أولاً: العادات الغذائية:

مستوى التعليم	دون المتوسط	متوسط	ثانوي	دبلوم	جامعي فما فوق
درجة الارتباط	**٠,٨٩٧	**٠,٨٣٠	**٠,٨٣٩	**٠,٥٤١	**٠,٧٥٢
الدلالة	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠

جدول (١٣) معاملات الارتباط بين مستوى التعليم لمرضى السكر بالعادات الغذائية

يظهر نتائج الجدول (١٣) معاملات الارتباط بين المستوى التعليمي والعادات الغذائية لمرضى السكر فقد جاءت معاملات الارتباط مع جميع فئات المؤهل الدراسي دالة موجبة عند مستوى ٠,٠١ وأن أعلى ارتباط جاء بين العادات الغذائية وحملة مؤهل دراسي دون المتوسط (٠,٨٩٧) ثم حملة الثانوي (٠,٨٩٣) وجاء أقل ارتباط مع حملة الدبلوم (٠,٥٤١).

ثانيا: ممارسة الرياضة:

للإجابة على السؤال تم استخدام معامل ارتباط بيرسون الخطية وجاءت النتائج كما بالجدول (١٤)

مستوى التعليم	دون المتوسط	متوسط	ثانوي	دبلوم	جامعي فما فوق
درجة الارتباط	**٠,٨٥٣	**٠,٨٢٣	**٠,٧٧٣	**٠,٨٣٩	**٠,٧٠٥
الدلالة	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠

جدول (١٤) معاملات الارتباط بين مستوى التعليم لمرضى السكر بممارسة الرياضة

يظهر نتائج الجدول (١٤) معاملات الارتباط بين المستوى التعليمي وممارسة الرياضة لمرضى السكر فقد جاءت معاملات الارتباط مع جميع فئات المؤهل الدراسي دالة موجبة عند مستوى ٠,٠١ وأن أعلى ارتباط جاء بين ممارسة الرياضة وحملة مؤهل دراسي دون المتوسط (٠,٨٥٣) ثم حملة الدبلوم (٠,٨٣٩) وجاءت أقل ارتباط مع حملة مؤهل جامعي فما فوق (٠,٧٠٥).

ثالثا: اتباع إرشادات الطبيب:

للإجابة على السؤال تم استخدام معامل ارتباط بيرسون الخطية وجاءت النتائج كما بالجدول (١٥)

مستوى التعليم	دون المتوسط	متوسط	ثانوي	دبلوم	جامعي فما فوق
درجة الارتباط	**٠,٦٢٧	**٠,٦٣٢	-٠,١٠٩	**٠,٤٧٩	**٠,٦٦٩
الدلالة	٠,٠٠٣	٠,٠٠٠	٠,٤١٦	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠

جدول (١٥) معاملات الارتباط بين مستوى التعليم لمرضى السكر باتباع إرشادات الطبيب

يظهر نتائج الجدول (١٥) معاملات الارتباط بين المستوى التعليم واتباع

إرشادات الطبيب لمرضى السكر فقد جاءت معاملات الارتباط مع جميع فئات المؤهل الدراسي دالة موجبة عند مستوى ٠,٠١ عدا حملة مؤهل ثانوي وأن أعلى ارتباط جاء بين اتباع إرشادات الطبيب وحملة مؤهل جامعي فما فوق (٠,٦٦٩) ثم حملة مؤهل متوسط (٠,٦٢٣) وجاء أقل ارتباط مع حملة مؤهل دبلوم (٠,٤٧٩).

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج:

فيما يخص **السؤال الأول** الذي يتعلق بعلاقة المستوى التعليمي مرضى السكر بالعادات الغذائية لديهم:

وجدت الدراسة إجمالا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لمرضى السكر ارتفع لديهم الوعي بالعادات الغذائية، فالوعي بالعلاقة بين الغذاء ومرض السكر من جهة وتجنب الاطعمة التي تؤثر على الحالة الصحية والالتزام بقائمة الطعام التي تناسب الحالة الصحية كلها تنصب في صالح مرضى السكر ذوي المستوى التعليمي المرتفع باستثناء حملة المؤهل المتوسط، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة (**Ross,Wu** 1995).

تشير هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي قد يلعب دورا مهما في تعزيز العادات الغذائية المناسبة والصحية لدى مرضى السكر. إن ارتفاع المستوى التعليمي ربما يزيد من المستوى المعرفي حول الأمور التي ينبغي لمريض السكر تجنبها وتلك التي يفضل له تناولها، وهذا قد يكون السبب الأكثر ترجيحا على ضوء أن النظام التربوي في دولة الكويت يركز في مجمله على مهارات التفكير الدنيا وهي المعرفة ثم الفهم ثم التطبيق، وهذه وإن كانت مستويات تفكير دنيا إلا أنها قد تكون مناسبة وتحقق الغرض المطلوب تجاه أولئك المصابين بمرض السكر، حيث يبدو أن الغالبية منهم حسب المستوى التعليمي تمتلك المعرفة حول العادات الغذائية المطلوبة، وتفهم أهمية هذه العادات وتطبقها على أرض الواقع.

إن ارتفاع المستوى التعليمي ربما يكون من العوامل غير المباشرة في تجنب بعض العادات الغذائية السيئة، مثل تجنب التدخين ومحاولة المحافظة على الوزن والالتزام بتناول المكملات الغذائية، وهذا يتفق مع دراسة كل من (**Giskes, Aekunst et al**، 2004، **Gran, Baily, Cole, Higgins**، 1977) و(**Kirk,Cade et al**، 2007).

وقد يرجع ذلك إلى أن المستوى التعليمي الأعلى يساعد في تعزيز بعض مهارات التفكير العليا كمهارة التحليل، التي تجعل مريض السكر يراجع نفسه قبل اتخاذ قرارات تؤثر على صحته.

أما بالنسبة **للسؤال الثاني** الذي يناقش علاقة مستوى تعليم مرضى السكر بممارسة الرياضة:

وجدت الدراسة بشكل عام أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لمرضى السكر ارتفع لديهم الوعي بممارسة الرياضة.

فقد بينت الدراسة أن معرفة مرضى السكر بالعلاقة بين ممارسة الرياضة ومرض السكر من جانب وممارسة الرياضة بشكل منتظم وكون الرياضة تحسن من الحالة الصحية لديهم وشعور مرضى السكر بفرق في حالتهم الصحية عند ممارستهم للرياضة من عدمها، كل ذلك ينصب في صالح ذوي المستوى التعليمي المرتفع من مرضى السكر.

وهذا يتفق مع دراسة كل من (**Ross, Wu**, 1995) و(**Brunello, Fort, Schneeweis and Winter-Amber**, 2011).

أيضا إن ممارسة الرياضة حسب ما يراه ذوي التعليم المرتفع من مرضى السكر قد يغنيهم عن استخدام الأدوية كون الرياضة تساعد على تنظيم مستوى السكر في

الدم وهذا يتفق مع دراسة (**Holloszy, Schltz, Kusnierkiewicz, Hagberg and Ehsani**, 2009).

وان دلّ ذلك فإنما يدل على أن المستوى التعليمي يعزز من ممارسة الرياضة وأهميتها لدى مرضى السكر. وقد يرجع ذلك أيضا الى مستوى المعرفة عند مرضى السكر ذوي التعليم المرتفع الذي يرفع لديهم الإحساس بأهمية ممارسة الرياضة وتأثيرها على حالتهم الصحية.

غير أن ارتفاع المستوى التعليمي اقترن بانخفاض الوقت الكافي لممارسة الرياضة عند مرضى السكر قد يرجع ذلك الى أنه ربما ذوى التعليم الأعلى من مرضى السكر قد يحتلون مراكز قيادية في وظائفهم بطبيعة الحال مما يجعلهم يحتاجون وقت أطول في هذه الوظائف التي تتطلب منهم مسؤولية أكبر مما يقلل من الوقت المتاح لديهم لممارسة الرياضة.

أما فيما يختص **بالسؤال الثالث** الذي يناقش علاقة مستوى تعليم مرضى السكر باتباع إرشادات الطبيب

توصلت الدراسة عموما إلى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لمرضى السكر إرتفع إتباعهم لإرشادات وإرشادات الطبيب المعالج باستثناء حملة المؤهل المتوسط.

فنحن نلاحظ من خلال الدراسة أن إدراك مرضى السكر لتعليمات وإرشادات الطبيب المعالج والالتزام بالمراجعات الدورية وموافقة هؤلاء المرضى على ضرورة مراجعة الطبيب المعالج بانتظام كان واضحا عند ذوي التعليم المرتفع.

وذلك يتفق تماما مع دراسة كل من (الحميدي، ١٩٩١) و(**Gerkoney and Hart**, 1980).

وهذه النتيجة بالفعل تبين أن المستوى التعليمي له أثر واضح على ردود أفعال وإستجابات مرضى السكر تجاه إرشادات الطبيب المعالج.

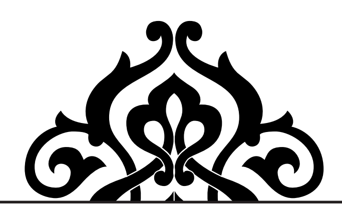
فنلاحظ مثلا كما ورد في الدراسة أن الأقل تعليما كانوا يتبعون ويجربون الوصفات المشهورة أو كما نسميها العلاجات الشعبية السائدة، هذا في محاولة منهم لضبط مستوى السكر في الدم بدون اللجوء الى العلاجات الدوائية، قد يرجع ذلك ربما إلى عدم ثقة بعض المرضى من حملة شهادة دون المتوسط او المتوسط بنصائح وارشادات الطبيب المعالج ثقة تامة، فيفضلون تجربة هذه الوصفات الشعبية، على عكس المرضى الاكثر تعليما الذين غالبا يتبعون إرشادات الطبيب المعالج وقد لا يجربون هذه الوصفات الشعبية.

قد يعود ذلك الى أن مرضى السكر الأعلى تعليما قد يثقون بالطبيب المعالج ربما لأنهم يولون العلم والجانب الاكاديمي قدرا في خبرة الطبيب المعالج فيميلون إلى اتباع نصائحه. وقد يرجع ذلك ربما الى الفارق العمري، فغالبا نجد أن غير المتعلمين أو ذوي التعليم المنخفض يكونون أكبر سنا من أولئك الذين يحملون مؤهلات عالية، وربما قد يضفي ذلك نوع من التشكيك لديهم في قرارات وإرشادات الطبيب المعالج وقد يفضلون تجربة علاجات شعبية سائدة في جيلهم على أن يتبعوا إرشادات هذا الطبيب المعالج الذي قد يصغرهم سنا. على عكس المرضى ذوي مستوى التعليم الأعلى فهم على الأغلب أصغر سنا. وهذا الفارق العمري قد يبين الاختلاف في القناعات في إتباع إرشادات الطبيب المعالج.

أما فيما يخص **بالسؤال الرابع** الذي يناقش وجود علاقة ارتباطية بين مرضى السكر والعادات الصحية

وجدت الدراسة أن هناك علاقة تربط بين المستوى التعليمي لدى مرضى السكر والعادات الصحية لديهم، فعند النظر أولا الى العادات الغذائية فقد وجدت الدراسة بشكل عام أن هناك دلالة بين مستوى تعليم مرضى السكر الكويتيين بالعادات الغذائية لديهم، وكانت هذه الدلالة مرتفعة عند كافة المستويات التعليمية وهذا ان دل فانما يدل على وضوح العلاقة بينهم. كذلك كانت الدلالة واضحة ومرتفعة بين مستوى تعليم مرضى السكر بممارسة الرياضة واتباع إرشادات الطبيب، ووجود هذه الدلالة في كافة العادات الصحية يؤكد على وجود علاقة بين التعليم والصحة بشكل عام.

وقد يرجع ذلك الى تأثير مستوى التعليم على الفرد نفسه والبيئة التي يعيش فيها مما ينعكس على أسلوب معيشته والتي تتمثل بعاداته الصحية عامة بتفرعاتها سواء عادات غذائية أو ممارسة رياضة أو اتباع ارشادات وإرشادات الطبيب وتؤثر مباشرة على صحة مريض السكر بالكويت.



الفصل الثاني

مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة وعلاقتهما بالوعي الغذائي والعادات الغذائية والنشاط البدني لدى طلاّب المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت

خديجة محمد الخليفي

أطروحة مقدمة لكلية الدراسات العليا بجامعة الكويت لاستيفاء جزء من متطلبات درجة الماجستير ٢٠١٦

مقدمة

تهتمّ التربية بتنشئة الفرد بصورة تضمن تطوره في مختلف جوانب المعرفة والوجدان مع مراعاة الصحة الجسمية، مما يجعل منه عنصراً نافعاً ومتفاعلاً مع مجتمعه، إلا أنه في الوقت الحالي تزداد التحديات التي تواجه المؤسسات التعليمية في سبيل تحقيق ذلك، ومن هذه التحديات انتشار زيادة الوزن والسمنة بين جميع فئات المجتمع عامة وبين فئات الطلاّب بجميع المراحل التعليمية على وجه الخصوص.

وتتلخص أسباب ذلك في أن «البدانة التي يعاني منها الكثيرون ناتجة عن انعدام الوعي الغذائي وزيادة كمية الطعام والإساءة في اختيار الوجبات الغذائية مع قلة في المجهود والحركة المبذولة» (الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب، ٢٠٠٩).

وهناك العديد من الدراسات العلمية حول انتشار حالات زيادة الوزن والبدانة، واختص بعضها بأطفال المدارس، مثل دراسة (Bener, 2006) والتي اهتمت بتحديد مدى انتشار نقص الوزن وزيادة الوزن والسمنة لدى مراهقين بأعمار ١٢-١٧ سنة في دولة قطر، ودراسة أخرى قام بها (Al-Isa, 2004) عن تقييم مستويات زيادة الوزن والبدانة بين المراهقين في المدارس المتوسطة الكويتية والذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٤ سنة، وكذلك دراسة (Magbool, Kaul, Corea, Osman, & Al-Arfaj, 1993) عن قياس الوزن والطول لأطفال تتراوح أعمارهم بين ٦-١٦ سنة في المنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية.

وحول قياس مستوى الوعي الغذائي فهناك بعض الدراسات مثل دراسة الشدايده والضمور (٢٠١٣) والتي اهتمت بقياس مستوى الوعي الغذائي لسيدات المجتمع

الأردني في محاور الغذاء والتغذية، ودراسة نبق، دفع الله وأحمد (٢٠٠٩) والتي بحثت الحالة التغذوية والصحية لأطفال المدارس في السودان، وكذلك (Thakur & D'Amico, 1999) فقد قاما بدراسة العلاقة بين المعرفة الغذائية والسمنة لدى المراهقين في أمريكا.

وقد قادت هذه الدراسات الباحثة إلى نقطة البداية في بحثها، حيث سيكون هذا البحث امتداداً لما توصّلت إليه تلك الدراسات من نتائج. كما ركزت الباحثة على محاولة التعرف على مستوى الوعي لطلاب المرحلة الثانوية في محاور الغذاء والتغذية، وكذلك التعرف على علاقة مستوى الوعي لديهم بنسبة إصابتهم بالسمنة باستخدام قياس مؤشّر كتلة الجسم، والعادات الغذائية لديهم، ومستوى نشاطهم البدني.

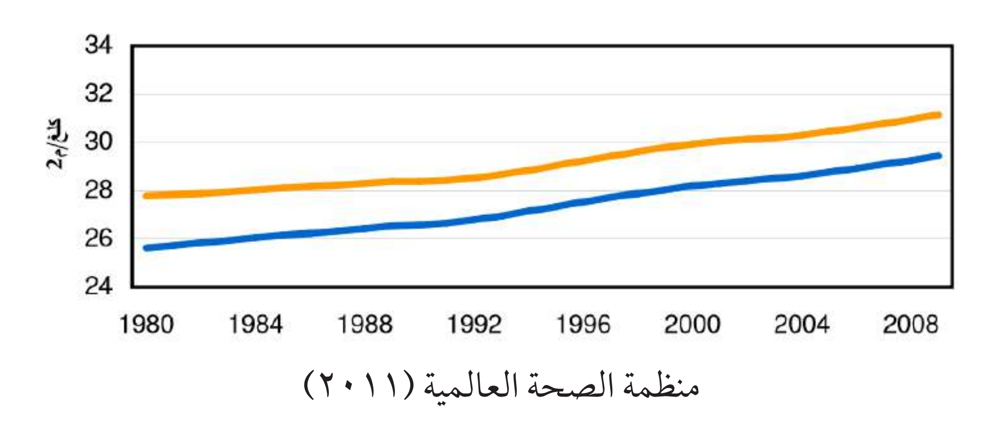
مشكلة الدراسة:

تبْرز قضية الوعي الصحي ونشْره، كأحد الأولويات والأهداف الرئيسية للتربية في هذا العصر الذي يشهد تغيراً كبيراً في نمط الأمراض في جميع الدول العربية، وقد أصبحت الأمراض المزمنة أهم أسباب الوفيات في هذه الدول.

وتعتبر أمراض القلب والسرطان والسمنة والسكري وهشاشة العظام أهم هذه الأمراض، و«لقد اتخذت السمنة أبعاداً وبائية في جميع أنحاء العالم، حيث باتت تقف هي وفرط الوزن وراء وفاة ما لا يقل عن ٢ , ٨ مليون نسمة كل عام. وأصبحت السمنة بعدما كانت من سمات البلدان المرتفعة الدخل، تنتشر أيضاً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، وهناك أدوار أساسية لا بدّ للحكومات والشركاء الدوليين والمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص جميعاً من

تأديتها للإسهام في الوقاية من السمنة» (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤).

وتعاني الكويت من ظاهرة السمنة بشكل خاص، فقد أظهرت الدراسات التي تركّز على السمنة بين المراهقين في العالم العربي أنّ أعلى مستويات زيادة الوزن ظهرت في الكويت ومصر والإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية والأردن والبحرين من بين بيانات جمعتها للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ عاماً فما فوق من ١٦ دولة. (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠١٠) فقد باتت زيادة الوزن والسمنة في تزايد بمعدلات مثيرة للقلق بين جميع الفئات العمرية من السكان، وهي تؤثر على جميع الفئات العمرية خاصة لدى الأطفال والمراهقين (Al-Hamad, 2014).



شكل (١) متوسط منسب كتلة الجسم في دولة الكويت لعام ٢٠١٠

يوضح الشكل (١) اتجاهات زيادة الوزن والسمنة في دولة الكويت بحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٠، وذلك باستخدام متوسط منسب كتلة الجسم، حيث يلاحظ التصاعد المستمر خلال السنوات الماضية في معدلات زيادة الوزن والسمنة لدى الذكور والإناث على حد سواء.

كما تشير نتائج الإحصائيات الرسمية إلى مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة في المراحل المبكّرة لطلاب المدارس بين الجنسين في الكويت، حيث إن السمنة بين الأطفال في المرحلة الابتدائية بلغت١٥ ٪ وفي المرحلة المتوسطة٢٥ ٪، أما بالنسبة للمرحلة الثانوية فقد بلغت نسبتها ٢٠٪ لدى الإناث مقابل ٢٥٪ لدى الذكور. (الصميعي، ٢٠٠٩)

كما أظهرت نتائج دراسة (Al-Delmani, 2014) أن السمنة في ارتفاع بالفئات العمرية بين أطفال المدارس كما يلي :

- المرحلة الابتدائية ٥-٩ سنوات ٥ ,٢٠٪ ذكور ٦ ,٢١٪ إناث.
- المرحلة المتوسطة ١٠-١٤ سنوات ١ ,٣٥٪ ذكور ٢٩٪ إناث.
- المرحلة الثانوية ١٥-١٨ سنوات ٢ ,٣٣٪ ذكور ٥ ,٢١٪ إناث.
- الكويتيين البالغين ٢٠≥ سنة، حيث إن السمنة في ارتفاع بنسبة ٩ ,٣٨٪ لدى الإناث بينما النسبة لدى الذكور ٤ ,٣٧٪.

بالإضافة إلى ٢ ,٨ مليون حالة وفاة بين البالغين في كل عام، يمكن أن تعزى إلى فرط الوزن والسمنة، كنتيجة لتحليل بيانات المسوحات المقطعية للسكان من نظام مراقبة التغذية الوطنية الكويتية (Ahmed, Waslien, AlSumaie, & Prakash, 2014).

وتُبرز مشكلة الدراسة أهمية الوعي الغذائي وممارسة النشاط البدني اللذين يهدفان لتحقيق تغيير كبير في السلوك والعادات الغذائية للفرد والمجتمع، وبالتالي تُعدّ هذه الدراسة استجابة للاهتمام المتزايد على المستوى المحلي والدولي بمجال الوعي الغذائي ومكافحة السمنة؛ حيث إن نشر الوعي الغذائي يُعدّ أمراً تعليمياً إلى

حد كبير، وأن صحة الإنسان ترتبط بالغذاء الصحي الذي يعتمد على مدى المعرفة به.

لذا توجهت الباحثة في هذه الدراسة إلى التعرف على مدى الوعي الغذائي، وبعض العادات الغذائية، ومستوى النشاط البدني لدى طلاب المرحلة الثانوية وعلاقتهم باحتمال إصابتهم بزيادة الوزن والسمنة سعياً منها للمساهمة في تعزيز صحة المراهقين في المجتمع الكويتي.

أسئلة الدراسة:

تستهدف الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية :

١– ما توزيع مؤشّر كتلة الجسم بين عيّنة من طلاّب المرحلة الثانوية في منطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت ؟

٢– ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نمطه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

٣– ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع وعيه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

٤– ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نشاطه البدني بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

أهداف الدراسة:

استناداً إلى الأسئلة السابقة، تسعى الدراسة إلى بلوغ المقاصد التالية:

- تعرّف توزيع مؤشر كتلة الجسم بين عيّنة من طلاّب المرحلة الثانوية في دولة الكويت.

- تعرّف مدى توافر الوعي الغذائي لدى طلاّب المرحلة الثانوية في دولة الكويت.
- تحديد علاقة الصفّ الدراسي بالوعي الغذائي للطلاّب في ضوء مؤشر كتلة الجسم.
- تحديد علاقة الصفّ الدراسي بالعادات الغذائية للطلاّب في ضوء مؤشر كتلة الجسم.
- تحديد علاقة الصفّ الدراسي بالنشاط البدني للطلاّب في ضوء مؤشر كتلة الجسم.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة من حيث الوقوف على درجة الوعي والسلوك الغذائي لدى طلاّب المرحلة الثانوية بدولة الكويت مصحوباً بمستوى نشاطهم البدني، وبنسبة انتشار زيادة الوزن والسمنة بين هؤلاء الطلاّب. كما تحاول هذه الدراسة إثراء البحوث العلمية في نفس المجال، فقد لاحظت الباحثة عدم كفايتها على المستوى العربي خاصة.

وتأتي أهمية هذه الدراسة في ظلّ الإشكاليات الاقتصادية والتنموية والبيئية الكبرى التي تعاني منها معظم الدول العربية، فالسمنة تحولت في السنوات الأخيرة إلى خطر داهم يهدد كل المجتمعات العربية، ويحرمها من طاقة وجهد قطاع عريض من أبنائها، بل ويجعل منهم عالة يحتاجون إلى الرعاية حالياً والعلاج مستقبلاً بدلاً من أن يكدحوا ويكدوا للارتقاء بأوطانهم، وتنطلق أهمية الدراسة الحالية مما يلي:

١- يعتبر تناول موضوع مؤشّر كتلة الجسم، والعادات الغذائية، والوعي الغذائي، والنشاط البدني بين طلاّب المدارس موضوعاً حيوياً، لِما للمدارس من دور كبير جداً في المخرجات التعليمية القادرة على تنمية وتطوير المجتمع.

٢- يؤمل أن تنتج هذه الدراسة لصناع القرار في وزارة التربية ما ينبغي مراعاته لتعزيز صحة الطلاب والبحث عن أفضل السبل والاستراتيجيات للتوعية الصحية.

٣- كما يمكن من خلال الدراسة إيجاد الخطط والبرامج التي قد تُسْهم في الوقاية مستقبلاً من زيادة الوزن والسمنة والعديد من الأمراض المرتبطة بقلة الحركة والنمط الغذائي السيء لدى طلاب المدارس.

حدود الدراسة:

- الحدود الزمنية: تمّ إجراء الدراسة في الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ٢٠١٤/ ٢٠١٥.

- عيّنة الدراسة: استهدفت الدراسة فئة طلاّب المرحلة الثانوية من خلال عيّنة عشوائية بلغ عددها (٤١٧) من الذكور والإناث.

- تكوّن مجتمع الدراسة من طلاّب المرحلة الثانوية في منطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت والبالغ عددهم (١١٦٢٢) إجمالي الذكور والإناث (مراقبة متابعة التغيرات البيئية، ٢٠١٣).

معوقات الدراسة الحالية:

إن الدراسات الأخيرة تدقّ ناقوس الخطر، للتنبيه بضرورة القيام بخطوات سريعة وفعّالة لحماية جيل المستقبل في الكويت من أخطار مرض السمنة وأعراضه القاتلة، ولا يتحقق ذلك إلا بتضافر جهود قطاعات الدولة المختلفة خاصة الصحية

والتربوية والاجتماعية، وبتوجيه العناية والاهتمام لهذه الظاهرة لدى طلاب المدارس على وجه الخصوص.

وتودّ الباحثة أن تستعرض تجربتها التي خاضتها في سبيل الحصول على المعلومات اللازمة لإجراء الدراسة، حيث كانت تتجه نحو القيام بدراسة تحليلية مستندة على قواعد البيانات التابعة لوزارة الصحة، والتي تقوم إدارات متخصصة لديها بعمل مسوحات على طلاّب المدارس بدولة الكويت وبشكل دوري، وقد قصَدتْها الباحثة مراراً وتكراراً بُغية الحصول على هذه البيانات وبشكل رسمي، إلا أنها قوبلت بالرفض وأحياناً بالاستنكار لمثل هذا الطلب كونها تربوية، مما استنفذ الكثير من الوقت والجهد في البدء بإعداد الدراسة، ومما اضطر الباحثة في نهاية المطاف إلى تغيير منهج الدراسة إلى المنهج الوصفي، وإلى تضييق نطاق الدراسة ليقتصر على منطقة تعليمية واحدة.

كما أنه وعلى الرغم من حصول الباحثة على التصريحات الرسمية اللازمة لتطبيق الاستبانة على طلاّب المدارس من الجهات المختصة بوزارة التربية إلا أن بعض مديري المدارس (وبالأخص مدارس البنين) أبدوا رفضهم وعدم تعاونهم مع فريق العمل، وبعضهم الآخر وضع العراقيل أمام تطبيق أداة الدراسة على النحو المطلوب.

ووضع العراقيل هذه أمام البحوث الجادّة موجودة بكثرة وقد أشارت إليه الكثير من الدراسات مثل دراسة المجيدل وشماس (٢٠١٠) على وجود معوقات للبحث العلمي تعود إلى عدم توفر المعلومات والمراجع العلمية والأوراق البحثية الضرورية للقيام بالبحوث العلمية، مما يقتضي تأمين مستلزمات البحث العلمي من

مراكز بحوث تخصصية، وباحثين، وكتب ومراجع، ومواد، ومخابر، وفنيين، وغيرها من مستلزمات.

مصطلحات الدراسة:

يتضمن البحث الحالي المصطلحات الأساسية التالية:

مؤشر كتلة الجسم: هو مقياس للعلاقة بين الوزن والطول، بحيث يتم أولاً قياس الوزن والطول، ثم باستخدام معادلة مؤشر كتلة الجسم **وزن الشخص بالكيلوغرام مقسوم على مربع طوله بالمتر (الوزن كغم / الطول)** (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥) تصنّف حالة الوزن حسب جدول خاص بفئات مؤشر كتلة الجسم.

العادات الغذائية: عرّفت الشاوي العادات الغذائية كالتالي: «هي السلوك الإنساني المتّبع في اختيار الطعام وإعداده وتناوله وتطوره نتيجة تأثيرات بيئية وحضارية واقتصادية واجتماعية ونفسية» (في الشاوي، ١٩٩٢، ص١٣٣).

الوعي الغذائي: عرّفت الشاوى الوعي الغذائي كالتالي: «يوصف الشخص الواعي غذائياً بالمستهلك الحسن الاطلاع الذي يستطيع اتخاذ قراراته الغذائية التي تستند على قاعدة معرفية غذائية عامّة منسجمة مع التوصيات الغذائية المعترف بها» (في الصباغ، ١٩٩٥، ص٣٣).

النشاط البدني: «هو كل حركة جسمية تؤديها العضلات الهيكلية وتتطلب إنفاق كمية من الطاقة» (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥، أ).

الإطار النظري للدراسة:

أجريت العديد من الدراسات عن مدى انتشار السمنة بين المراهقين في بعض الدول العربية، وتشير النتائج إلى حقائق مذهلة عن زيادة نسبة المصابين بالسمنة في

سن المراهقة، وارتباط هذه الظاهرة بالعادات والسلوك الغذائي لأصحابها، كذلك ارتباطها بدرجة الوعي الصحي والغذائي لديهم، وبمستوى نشاطهم البدني؛ لذا سيكون تركيز هذا البحث على دراسة مدى الارتباط بين مؤشّر كتلة الجسم وبين كل من عادات المراهقين ووعيهم في مجال التغذية ونشاطهم البدني للدلالة على نسبة انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى طلاّب المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت.

إن للتعليم دوراً بارزاً في شتى ميادين الحياة، كما يتحتّم على المؤسسة التعليمية في هذا العصر القيام بربط العملية التعليمية بمتطلبات التنمية بمختلف مجالاتها، وذلك حتى لا يكون هناك هدر للطاقة البشرية المتعلمة، وحتى يكون هناك توازن بين أعداد المتعلمين ونوعياتهم وبين مطالب السوق واتجاهات نموه.

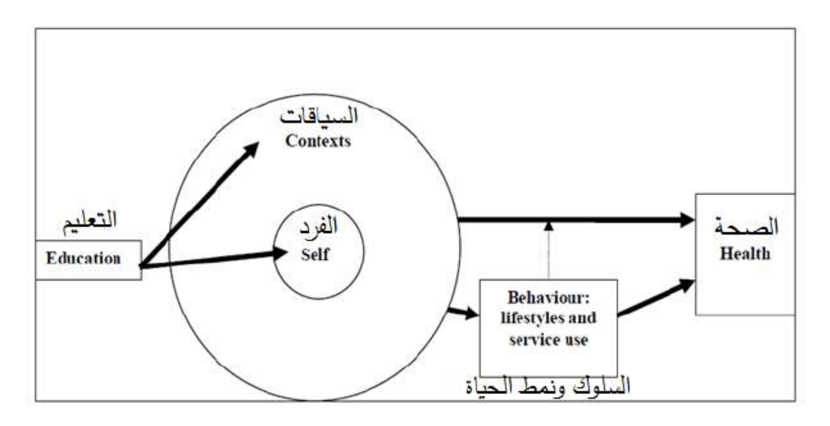
ويشير عبد السلام (٢٠٠٦، ص٢٧٤) إلى أن «الإنسان هو محور التنمية والذي يركز على توفير حقوقه وصيانة كرامته والوفاء بحاجاته الأساسية في الطعام والشراب والملبس والسكن والتعليم والصحة والضمان الاجتماعي، وحرية التعبير، والمشاركة في بناء مجتمعه وتطوره وهذا يتطلب تنمية مختلف طاقاته الجسمية والعقلية والروحية».

العلاقة بين الصحة والتعليم:

وقد قامت العديد من الدراسات المحلية والعالمية بالبحث في طبيعة العلاقة بين الصحة والتعليم، وبناء على نتائج تلك الدراسات تمّ تقديم تصوّرات لطبيعة هذه العلاقة، ومن هذه الدراسات دراسة الجفري (٢٠٠٧) والتي دلّت على أن ارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى طلاب المرحلة الثانوية السعوديين يترافق مع ارتفاع

مستوى التحصيل الدراسي لديهم، كذلك دراسة ذيب (٢٠١٣) والتي كشفت عن وجود تفاعل بين نسبة الشحوم في الجسم ومستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وتأثيرهما على التحصيل الدراسي، كما أثبتت بعض الدراسات أن التعليم الأفضل يترافق مع احتمالية أقل من البدانة خاصة بين النساء، حيث ترتبط درجة التعليم سلبياً مع مؤشّر كتلة الجسم وهي أقوى لدى النساء منها عند الرجال مثل دراستي (Maddah, et al., (2003); Devaux, et al., (2011)) .

وتمثل المدارس أوساطاً رئيسية لتعزيز صحة الأطفال، بل هي نقاط استراتيجية لزيادة الثقافة الصحية حول النظم الغذائية والأنشطة البدنية. (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠١٠، أ) «فالعملية التربوية يتحقق عن طريقها رفع مستوى الوعي الصحي، وذلك من خلال تغيير معارف الناس وعاداتهم وسلوكهم واتجاهاتهم إلى أنواع أخرى من المعارف والسلوك والعادات والاتجاهات التي تؤدي إلى الوقاية من الأمراض، وتمكّنهم من صيانة صحتهم، وتساعدهم في حل مشكلاتهم الصحية» (طنطاوي، ١٩٨٩، ص٣٥) كما أن الصحة الجيدة للمتعلمين لها بالغ الأثر على تحصيلهم الدراسي وعلى قابليتهم للتعلّم. ولذا تستعرض الباحثة نموذجاً مقترحاً تراه جديراً بالاهتمام والمتابعة، يوضّح العلاقة بين الصحة والتعليم كما هو بالشكل (٢).



شكل (٢) يوضح العلاقة بين الصحة والتعليم

والنموذج يشير إلى أهمية عامّة وكبيرة للدور المحتمل للتعليم في تحسين الصحة، وتعزيز قدرة الأفراد والهيئات الأخرى لحماية أنفسهم ضد الصدمات المحتملة على الصحة، كما يشير إلى أن آثار التعليم على الصحة لا تعمل على مستوى واحد فقط بل تعمل على مستويات مختلفة من المجتمع (الفرد، السياقات، والمجتمع ككل)، ونعني بالفرد: ذات الفرد بما تحمله من خصائص تميزه عمن سواه، وبما قد يزوده التعليم من ثقة بالنفس وتفاؤل وسعادة، أما السياقات: فهي مجالات تفاعل الفرد مع الآخرين كالأسرة والمؤسسات التعليمية والجيران والمجتمع، وما تحمله من معتقدات ومواقف تؤثر على العلاقات الاقتصادية والاجتماعية على مستوى المجتمع المحلي، وتأثير هذه العلاقات على النتائج الصحية الفردية، مما يدخل في تشكيل نتائج الصحة بمختلف جوانبها البيولوجية والنفسية والاجتماعية سواء كان ذلك بطريق مباشر، أو عن طريق التغيير والتعديل على نمط حياة الأفراد، وعلى كيفية استخدامهم للخدمات الصحية.

ويشير (Feinstein, et al., 2006) أن للتعليم آثاراً مباشرةً على نتائج الصحة مثل

(نسبة الوفيات، فقد يجعل التعليم حياة الأفراد أطول، الصحة العقلية والجسدية، الصحة الجنسية والإنجابية، وآثار تعليم الوالدين على صحة أطفالهم)، وكذلك على السلوكيات الصحية عن طريق الوقاية من أعلى سبع سلوكيات خطرة على الصحة والمتمثلة بكل من (التدخين، تناول الكحول، زيادة الوزن والسمنة، سوء التغذية بقلة استهلاك الفاكهة والخضار، الخمول البدني، المخدرات غير المشروعة، والجنس الغير آمن).

أما بالنسبة للآليات غير المباشرة للتعليم على الصحة، وهي عبر آثار التعليم على كل من الفرد وعلى السياقات، فهي كما في الشكل (٢) تدلّ على أن التعليم يمثل عاملاً وسطاً ويلعب دوراً مؤثراً على الصحة، وليس مسيطراً، بمعنى أن آثار التعليم غير مباشرة، حيث إنه يؤثر على مفهوم الذات وعلى البيئة التي يعيش بها الفرد، والتي تؤثر مباشرة على المستوى الصحي، كما أن مفهوم الذات والبيئة يشكلان أنماطاً من السلوك وأنماطاً من طريقة المعيشة، تؤثر كذلك على المستوى الصحي.

وأخيراً يتطلب توفير التعليم القائم على إنتاجية الصحة من صانعي السياسات الالتفات إليه والمساهمة في تحقيقه، كما أنه من المفيد وضع مؤشرات فيما يختص بالعلاقة بين المستوى التعليمي والسلوكيات الصحية، حيث ستوفر هذه المؤشرات معلومات مفيدة لصانعي السياسات الوطنية حول أساليب التعليم والنظم الصحية. (Feinstein, et al., 2006).

عوامل زيادة الوزن والسمنة:

تعرّف منظمة الصحة العالمية «زيادة الوزن والسمنة بأنهما تراكم غير طبيعي أو مفرط للدهون قد يلحق الضرر بالصحة». كما تعرّف فرط الوزن على أنه الحالة

التي يبلغ فيها منسب الجسم (٢٥) أو يتجاوز تلك النسبة، والسمنة على أنها الحالة التي يبلغ فيها ذلك المنسب (٣٠) أو يتجاوز تلك النسبة. (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥) وتُعدّ هاتان النسبتان الحديّتان مرجعاً مهماً لتقييم فرط الوزن والسمنة لدى الأفراد.

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن السبب الأساسي الكامن وراء السمنة وفرط الوزن هو اختلال توازن الطاقة بين السعرات الحرارية التي تستهلك من جهة، وبين السعرات التي ينفقها الجسم من جهة أخرى، وتعزى زيادة حالات فرط الوزن والسمنة على الصعيد العالمي إلى عدد من العوامل منها ما يلي:

- تحوّل عالمي في النظام الغذائي يتّسم بالنزوع إلى تناول المزيد من الأغذية الغنية بالطاقة التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون والسكريات ونسبة قليلة من الفيتامينات والعناصر المعدنية.
- نزوع نحو تقليل النشاط البدني بسبب طبيعة العديد من الوظائف التي باتت تتسم بقلة الحركة، وتغير وسائل النقل والتوسع العمراني. (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥)

«إن الأسباب المؤدية للبدانة تتعدد وتتنوع، على أن آلية حدوث البدانة لدى الشخص هي في الواقع نتاجاً لتداخل الكثير من العوامل البيولوجية والبيئية، ومن المعلوم أن المحافظة على الوزن الطبيعي للجسم يتطلب الموازنة بين الطاقة الحرارية المستهلكة، والطاقة الحرارية المصروفة» (الهزاع، ٢٠٠٦، ص٤).

مخاطر زيادة الوزن والسمنة:

تُعدّ السمنة في العصر الحالي من أخطر الأمراض التي تؤرّق العالم، كما أشار

لذلك كل من (Wilborn, et al., 2005) بأن ما يقارب ٢ , ١ مليار شخص في العالم يعانون من الوزن الزائد، منهم ٣٠٠ مليون من أصحاب السمنة، وتقريباً ٣٠٠ ألف أمريكي يموتون سنوياً بسبب السمنة، وترتبط السمنة بأمراض خطيرة مثل ارتفاع ضغط الدم، السكري، ارتفاع الكولسترول، وأمراض الكبد.

وترتبط مستويات مؤشر كتلة الجسم مع الدهون في الجسم ومع المخاطر الصحية والوفيات في المستقبل. لذا فإن حساب مؤشر كتلة الجسم هو التدبير المناسب لفحص السمنة والمخاطر الصحية. ((Centers for Disease Control and Prevention, n.d.

كما أنه وبحسب مؤشرات منظمة الصحة العالمية تؤدي حالات فرط الوزن والسمنة إلى آثار صحية وخيمة، وتجدر الإشارة إلى أن المخاطر تزيد تدريجياً مع تزايد مؤشّر كتلة الجسم، وارتفاع ذلك المؤشر من عوامل الأخطار الرئيسية المؤدية إلى الإصابة بأمراض مزمنة من قبيل :

- الأمراض القلبية الوعائية (أمراض القلب والسكْتة بالدرجة الأولى)، وتمثّل هذه فعلاً أولى مسببات الوفاة على الصعيد العالمي؛ إذ تفتك بنحو ١٧ مليون شخص في كل عام.
- السكري والذي سرعان ما أصبح وباءً عالمياً، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن وفيات السكري ستسجل في السنوات العشر القادمة ارتفاعاً تفوق نسبته ٥٠٪ في جميع أرجاء العالم.
- الاضطرابات العضلية الهيكلية وبخاصة الفُصال العظمي.
- بعض أنواع السرطان (سرطان بطانة الرحم، وسرطان الثدي، وسرطان

القولون) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥).

وقد تَبيّن أيضاً أن ثَمَّة علاقة بين سمنة الطفولة وزيادة احتمال الوفاة المبكرة واحتمال الإصابة بحالات العجز في مرحلة الكهولة، كما توصلت لذلك دراسة (Bjorge, et al., 2008) أنه من ضمن عدة أسباب مهمة، فإن السمنة في مرحلة المراهقة ترتبط بزيادة نسبة الوفيات في متوسط العمر.

الوقاية من زيادة الوزن والسمنة:

كما أشارت منظمة الصحة العالمية إلى إمكانية الوقاية من حالات فرط الوزن والسمنة إلى حدٍ كبير، وكذلك الأمراض المزمنة ذات الصلة، بالقيام بما يلي :

- الحدّ من تناول الأغذية الدهنية الغنية بالطاقة بالتحول من استهلاك المواد الدهنية المشبعة إلى استهلاك مواد دهنية غير مشبعة.
- تناول المزيد من الخضار والفواكه والبقول والحبوب غير منزوعة النخالة والجوز والبندق.
- زيادة النشاط البدني، أي ممارسة النشاط البدني بانتظام، وبذْل جهد متوسط لمدة لا تقل عن ٣٠ دقيقة في معظم أيام الأسبوع، وقد يتعين ممارسة المزيد من النشاط للتحكّم في وزن الجسم.

ويقتضي تنفيذ تلك التوصيات التزاماً مستمراً وتعاوناً بين العديد من أصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص، وعلى الحكومات والجهات الشريكة الدولية وهيئات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات القطاع الخاص الاضطلاع بدور حيوي من أجل تهيئة بيئات صحية وجعل خيارات النظم الغذائية الصحية ميسورة التكلفة ومتاحة للجميع بسهولة. (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥)

لذا تستعرض الباحثة في هذه الدراسة مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة بين طلاّب المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت، وارتباطه بكل من عاداتهم الغذائية، وعيهم الغذائي، ونشاطهم البدني.

العوامل المرتبطة بمؤشر كتلة الجسم:

أولاً: العادات الغذائية :

يزوّدنا الطعام بالعناصر الغذائية الأساسية التي لا بدّ من تناول الحد الأدنى من كل منها لتحقيق التغذية الصحية المتوازنة، وتختلف هذه الاحتياجات من فرد إلى آخر وفقاً للجنس والنشاط البدني الذي يقوم به الفرد، ومرحلة النمو التي يمر فيها، والحالة الصحية له. ولكل مجتمع عاداته الغذائية التي تنسجم مع قيمه ومبادئه من ناحية الخير والشر والحلال والحرام والصح والخطأ، وترجع أهمية العادات الغذائية من الناحية الصحية إلى أنها من العوامل المهمة التي تساعد على تلافي انتشار سوء التغذية خاصة في المجتمعات النامية. كما أن ارتفاع المستوى التعليمي للأمهات يؤثر تأثيراً كبيراً على الوعي الغذائي لهنّ، وبالتالي على نمط الاستهلاك الغذائي والعادات الغذائية للأسرة. (الزهراني، ٢٠٠٧).

وقد أثبتت الدراسات أن العمْر ومستوى التعليم أكثر تأثيراً على العادات الغذائية واستهلاك الغذاء من العوامل الأخرى، كما ظهر في دراسة الشاوي (١٩٩٢) والتي طبقتها على الأميين في دولة الكويت من أن متغيرات العمر، ونوع الجنس، والحالة الاجتماعية لم يكن لها أثر في نوعية العادات الغذائية المنتشرة لديهم، حيث ارتبطت إحصائياً بمستوى التعليم بين أفراد العينة.

ثانياً: الوعي الغذائي:

أثبتت البحوث أن المعلومات الغذائية والصحية السليمة غير معروفة لدى الكثيرين من أفراد المجتمع حتى بين طبقات المثقفين، الأمر الذي يجعل التثقيف الغذائي والصحي أمراً ضرورياً تهتم به المؤسسات الصحية والتربوية والاجتماعية (الغراب، ١٩٨٨).

ثالثاً: النشاط البدني:

إن زيادة الطاقة المستهلكة (الطعام المتناول) أو انخفاض النشاط البدني (أو كلاهما) يقودان إلى البدانة، كما أن انخفاض النشاط البدني يؤدي بدوره إلى انخفاض اللياقة البدنية، وكذلك فإن زيادة البدانة تقود بدورها إلى انخفاض اللياقة البدنية، وعليه فإن النشاط البدني يؤثر على البدانة ويتأثر بها. (الهزاع، ٢٠٠٥)، كما أن زيادة الوزن وحدوث السمنة يمكنها أن تؤدي إلى جعل الفرد أقلّ نشاطاً وأكثر ميلاً للخمول البدني (الهزاع، ٢٠٠٦).

كذلك يساعد النشاط البدني على بقاء الطالب هادئاً خلال فترة الاختبارات، كما يشعر بمزيد من النشاط والراحة، الأمر الذي سوف يساعده على المزيد من الإنجاز في دراسته، وذلك بحسب ما خلصت إليه دراسة (Donnelly, et al., 2009) من أن زيادة مدّة الاشتراك في الأنشطة البدنية داخل المدرسة لها تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية على زيادة مستوى الإنجاز الأكاديمي للطلاب، إضافة إلى مساهمته في تحسين مؤشّر كتلة الجسم لدى الطالب، وقد اشتملت توصيات منظمة الصحة العالمية على الآتي:

١. تخصيص الأطفال والشباب من سن ٥ إلى ١٧ عاماً ٦٠ دقيقة على الأقل

يومياً للنشاط البدني المعتدل الشدة إلى المرتفع الشدة، موزّعة على مدار اليوم (مثلاً نوبتان تدريبيتان مدة كل منهما ٣٠ دقيقة).

٢. إدراك أن ممارسة النشاط البدني لمدة تزيد على ٦٠ دقيقة يومياً سيعود بفوائد صحية إضافية.

٣. أن تكون معظم الأنشطة البدنية اليومية أنشطة هوائية، وممارسة الأنشطة البدنية المرتفعة الشدة مثل أنشطة تقوية العضلات والعظام ثلاث مرات على الأقل كل أسبوع (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، أ).

الطريقة والإجراءات:

منهج الدراسة:

استعانت الباحثة بالمنهج الوصْفي باعتباره أنسب المناهج لطبيعة الدراسة وأهدافها، والذي يعمل على وصف الظواهر للوصول إلى تعميمات خاصة بهذا الوصف، والذي سيتم التعرف من خلاله على الغذائي لأفراد العينة في الجوانب التالية :

- الميول الغذائية، العادات السلوكية الغذائية، المستوى المعرفي في المعلومات الغذائية، وكذلك مستوى النشاط البدني وذلك من خلال استبانة طبقت على عيّنة عشوائية ممثلة من طلاّب المرحلة الثانوية كأداة للدراسة، وقد اعتمد مؤشّر كتلة الجسم لقياس مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة لدى أفراد العيّنة، وهو عبارة عن «وزن الشخص بالكيلوغرام مقسوم على مربع طوله بالمتر (الوزن كغم/ الطول)» (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥).

كما استعانت الباحثة بفريق عمل مكون من ٤ أفراد متخصصين لأخذ القياسات للطلاب والإشراف على تطبيقهم الاستبانه.

مجتمع الدراسة وعينته:

تكوّن مجتمع الدراسة من طلاّب المرحلة الثانوية في منطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت والبالغ عددهم ١١٦٢٢ إجمالي الذكور والإناث (مراقبة متابعة التغيرات البيئية، ٢٠١٣)، وتمّ اختيار المدارس بالطريقة العشوائية البسيطة من أصل ٢٣ مدرسة خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ٢٠١٤/ ٢٠١٥، وبلغ عدد أفراد العيّنة ٤١٧ طالباً وطالبةً موزّعة على النحو التالي:

<table dir="rtl">
<tr><th>النوع</th><th colspan="3">اسم المدرسة</th></tr>
<tr><td rowspan="6">ذكور</td><td rowspan="2">ثانوية أحمد شهاب الدين</td><td>العدد</td><td>٤٤</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>١٠,٦</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ثانوية يوسف بن عيسى</td><td>العدد</td><td>٤٣</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>١٠,٣</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ثانوية عبد الله الجابر الصباح</td><td>العدد</td><td>٤٥</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>١٠,٨</td></tr>
<tr><td colspan="3">المجموع</td><td>١٣٢</td></tr>
<tr><td rowspan="12">إناث</td><td rowspan="2">ثانوية الجزائر بنات</td><td>العدد</td><td>٣٤</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>٨,٢</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ثانوية العصماء بنت الحارث</td><td>العدد</td><td>٦٠</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>١٤,٤</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ثانوية اليرموك بنات</td><td>العدد</td><td>٤٧</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>١١,٣</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ثانوية بيبي السالم</td><td>العدد</td><td>٦٠</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>١٤,٤</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ثانوية قرطبة بنات</td><td>العدد</td><td>٤٥</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>١٠,٨</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ثانوية لطيفة الشمالي</td><td>العدد</td><td>٣٩</td></tr>
<tr><td>٪</td><td>٩,٤</td></tr>
<tr><td colspan="3">المجموع</td><td>٢٨٥</td></tr>
</table>

جدول (١) توزيع أفراد العيّنة حسب المدارس

النوع	اسم المدرسة	
ذكور	العاشر	٤٤
	الحادي عشر	٤٤
	الثاني عشر	٤٤
المجموع		١٣٢
إناث	العاشر	٦٣
	الحادي عشر	١٣١
	الثاني عشر	٩١
المجموع		٢٨٥

جدول (٢) توزيع أفراد العيّنة على متغيري النوع والصفّ الدراسي

ويلاحظ من جدول (٢) أن عدد الإناث يزيد عن ضعف عدد الذكور المشاركين في هذه الدراسة، ويعود ذلك إلى أن مديرات مدارس البنات كُنَّ أكثر تعاوناً مع فريق جمْع البيانات، فيما وضع بعض مدراء مدارس البنين العراقيل أمام تطبيق الاستبانة على طلبتهم.

لماذا طلاّب المرحلة الثانوية؟

تبعاً لخصائص النموّ الجسمي والنفسي لدى طالب المرحلة الثانوية تظهر أهمية الحفاظ في هذه الفترة الحرجة على وزن صحي تجنباً للأمراض المتعلقة بزيادة الوزن والسمنة، فقد لاحظت الباحثة تركيز الدراسات المتعلقة بموضوع البحث على المرحلتين الابتدائية والمتوسطة، وبحسب ما أشارت إليه دراسة مصيقر، الجيب والمرزوق (٢٠٠٣) أنه وللوقاية والسيطرة على السمنة يجب وضع برامج مجتمعية

تركز على تعديل السلوكيات الحياتية ونمط التغذية بالإضافة إلى تشجيع ممارسة النشاط البدني خاصة في المدارس والجامعات.

أداة الدراسة:

ومن أجل الإجابة على أسئلة الدراسة، فقد تمّ استخدام استبانة لجمع البيانات اللازمة لقياس العوامل المرتبطة بمؤشر كتلة الجسم لدى طلاّب المرحلة الثانوية بمنطقة العاصمة التعليمية، والتي قامت الباحثة بتصميمها خصيصاً لهذه الدراسة، وقد اشتملت على ٤ محاور أساسية وزعت على (٢٨) سؤالاً وهي :

١ . أسئلة تتعلّق بطول ووزن الطالب، وذلك لحساب مؤشر كتلة الجسم لديه.

٢ . أسئلة تتعلّق بعاداته الغذائية.

٣. أسئلة تتعلّق بوعيه الغذائي.

٤ . أسئلة تتعلّق بنشاطه البدني.

نتائج الدراسة:

بالنسبة للسؤال الأول: ما توزيع مؤشّر كتلة الجسم بين عيّنة من طلاّب المرحلة الثانوية في منطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت ؟

للإجابة على هذا السؤال تم استخدام بعض أساليب التحليل الوصفي، وبالتحديد التوزيع النسبي والعددي للجداول، والمتوسط والانحراف المعياري، كما سيعرض في جدول (٤) توزيع العيّنة حسب فئات مؤشّر كتلة الجسم بشكل عام، وفي جدول (٥) توزيع فئات مؤشّر كتلة الجسم على متغيري النوع والصفّ الدراسي، بينما جدول (٦) يظهر قيم المتوسطات والانحرافات المعيارية لعيّنة الدراسة على متغيّر مؤشّر كتلة الجسم.

أولاً: توزيع مؤشّر كتلة الجسم على عيّنة الدراسة إجمالاً:

حالة الوزن	مؤشر كتلة الجسم
نقص في الوزن	أقل من ١٨,٥
وزن طبيعي	١٨,٥-٢٤,٩
زيادة في الوزن	٢٥-٢٩,٩
سمنـة	أكبر من أو يساوي ٣٠
سمنة مفرطة	أكبر من ٣٠

جدول (٣) فئات مؤشر كتلة الجسم

يعرض الجدول (٣) الفئات الخاصة بحالة الوزن مصنفة حسب مؤشّر كتلة الجسم.

فئات مؤشّر كتلة الجسم	العدد	النسبة المئوية
نقص حادّ جداً	١	٠,٢
نقص حادّ	١	٠,٢
نقص في الوزن	٣٣	٧,٩
وزن طبيعي	٢١٣	٥١,١
زيادة في الوزن	١٢٣	٢٩,٥
سمنة	٣٥	٨,٤
سمنة مفرطة	١١	٢,٧
المجموع	٤١٧	١٠٠

جدول (٤) توزيع العيّنة حسب فئات مؤشّر كتلة الجسم

بالاستعانة بالجدول (٣) يتضح من الجدول (٤) أن غالبية بسيطة من الطلاّب أوزانهم طبيعية، حيث جاوزت نسبتهم المئوية النصف بنسبة واحدة، وأن ٤١٪ يعانون من زيادة الوزن والسمنة موزعين كالتالي (٣٠٪ منهم أوزانهم زائدة و١١٪ منهم يعانون من السمنة الخفيفة أو السمنة المفرطة)، في حين لم تزد نسبة من يعانون من نقص في الوزن عن ٨٪، فقد وُجدت حالتان فقط ممن يعانون من نقص حادّ أو نقص حادّ جداً في الوزن. (ولأغراض التحليل تمّ ضمّ هاتين الحالتين إلى الطلاّب الذين يعانون من نقص في الوزن).

النوع	الصفّ الدراسي		فئات مؤشّر كتلة الجسم					
			نقص في الوزن	وزن طبيعي	زيادة في الوزن	سمنة	سمنة مفرطة	المجموع
ذكور	العاشر	العدد	١	١٧	١٩	٥	٢	٤٤
		٪	٢,٣	٣٨,٦	٤٣,٢	١١,٤	٤,٥	١٠٠
	الحادي عشر	العدد	٥	٢٨	٦	٤	١	٤٤
		٪	١١,٤	٦٣,٦	١٣,٦	٩,١	٢,٣	١٠٠
	الثاني عشر	العدد	٢	٢١	١٠	٩	٢	٤٤
		٪	٤,٦	٤٧,٧	٢٢,٧	٢٠,٥	٤,٥	١٠٠
	المجموع	العدد	٨	٦٦	٣٥	١٨	٥	١٣٢
		٪	٦,١	٥٠,٠	٢٦,٥	١٣,٦	٣,٨	١٠٠
إناث	العاشر	العدد	١٠	٢٦	٢٢	٤	١	٦٣
		٪	١٥,٩	٤١,٣	٣٤,٩	٦,٣	١,٦	١٠٠
	الحادي عشر	العدد	١٣	٧٠	٣٧	٨	٣	١٣١
		٪	٩,٩	٥٣,٥	٢٨,٢	٦,١	٢,٣	١٠٠
	الثاني عشر	العدد	٤	٥١	٢٩	٥	٢	٩١
		٪	٤,٤	٥٦,٠	٣١,٩	٥,٥	٢,٢	١٠٠
	المجموع	العدد	٢٧	١٤٧	٨٨	١٧	٦	٢٨٥
		٪	٩,٥	٥١,٤	٣٠,٩	٦,٠	٢,١	١٠٠

جدول (٥) توزيع فئات مؤشّر كتلة الجسم على متغيري النوع والصفّ الدراسي

يلاحظ من الجدول (٥) أن نصف الطلاّب الذكور أوزانهم طبيعية وكذلك بالنسبة للطالبات الإناث، إلا أن أعلى نسبة بالوزن الطبيعي بين الذكور كانت في الصف الحادي عشر حيث بلغت ٦٤٪، وأدنى نسبة بالوزن الطبيعي بين الإناث كانت في الصف العاشر ٤١٪، وقد بلغت أعلى نسبة سمنة بين الذكور في الصف الثاني عشر ٢٠,٥٪، وتزيد فئة زيادة الوزن بين الإناث في الصفين العاشر والثاني عشر حيث تصل كل منهما لما يقارب ٣٥٪.

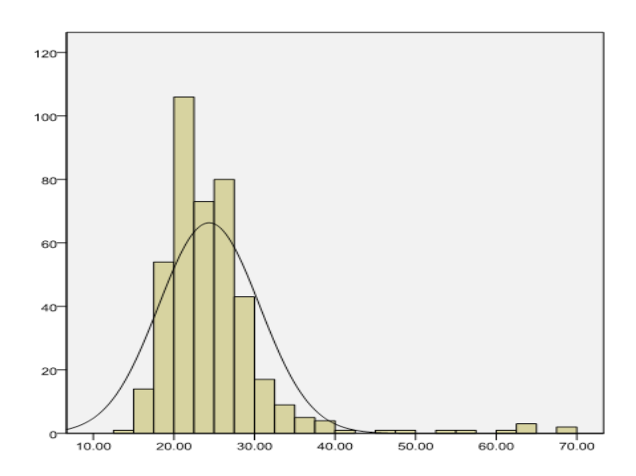
النوع	الصفّ الدراسي	مؤشّر كتلة الجسم		
		حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكور	العاشر	٤٤	٢٦,٩	٨,٥
	الحادي عشر	٤٤	٢٤,١	٧,٧
	الثاني عشر	٤٤	٢٦,٤	٧,٥
	المجموع	١٣٢	٢٥,٨	٧,٩
إناث	العاشر	٦٣	٢٤,٣	٦,٣
	الحادي عشر	١٣١	٢٤,٤	٧,٣
	الثاني عشر	٩١	٢٤,٦	٥,٨
	المجموع	٢٨٥	٢٤,٤	٦,٦
مجموع الجنسين	العاشر	١٠٧	٢٥,٣	٧,٤
	الحادي عشر	١٧٥	٢٤,٣	٧,٤
	الثاني عشر	١٣٥	٢٥,٢	٦,٤
	المجموع	٤١٧	٢٤,٩	٧,١

جدول (٦) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشّر كتلة الجسم
حسب الصفّ الدراسي بحسب النوع

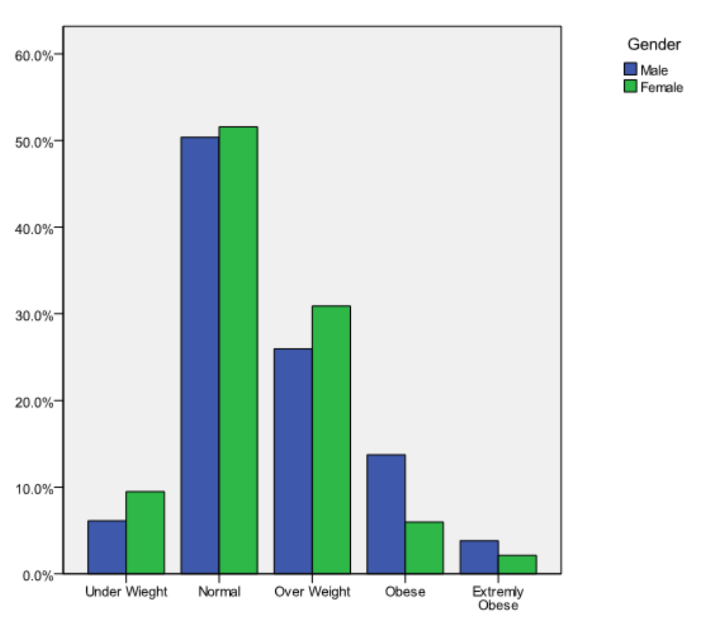
يتضح من الجدول (٦) أن متوسط مؤشر كتلة الجسم يقع على الحد الفاصل بين الوزن الطبيعي ومستوى الوزن الزائد، حيث بلغ حجم العينة من كلا الجنسين

٤١٧ بمتوسط حسابي ٢٤,٩ وانحراف معياري ٧,١، وكان مجموع الذكور ١٣٢ بمتوسط حسابي ٢٥,٨ وانحراف معياري ٧,٩، بينما بلغ عدد الإناث ٢٨٥ بمتوسط حسابي ٢٤,٤ وانحراف معياري ٦,٦، وقد كانت أعلى قيمة لمؤشّر كتلة الجسم بين جميع أفراد العينة ٦٩,٩ بينما بلغت أدنى قيمة ١٤,٧.

يلاحظ من الشكل (٣) أن المتوسط العام لدالة كتلة الجسم للطلاّب تقع على الحدود الفاصلة بين الوزن الطبيعي والوزن الزائد بتباين معقول، مع وجود التواء في خط المنحنى الطبيعي للشكل جهة اليمين (ذيل المنحنى جهة اليمين ممتد أكثر من جهة اليسار) مما يدل على وجود اتجاه ناحية الوزن الزائد والسمنة لدى الطلاّب.



شكل (٣) المدرج التكراري لتوزيع مؤشّر كتلة الجسم لأفراد العيّنة

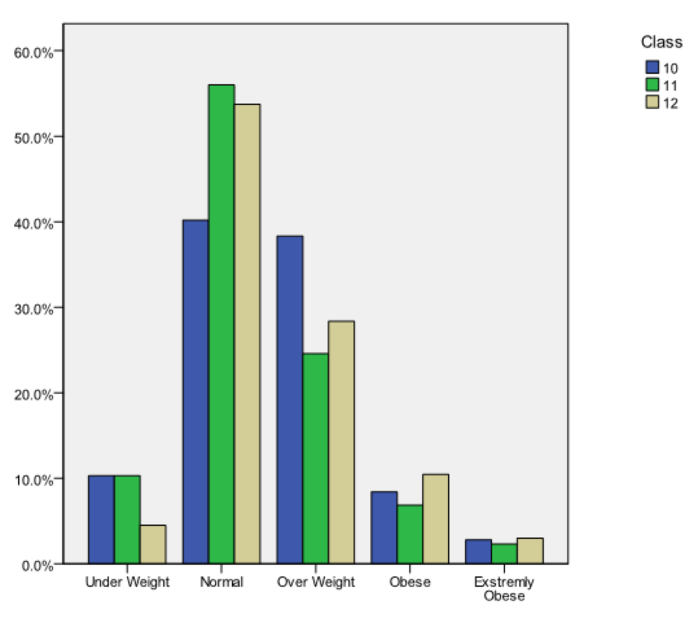


شكل (٤) فئات مؤشّر كتلة الجسم للطلاّب حسب النوع

ثانياً: توزيع مؤشّر كتلة الجسم على عيّنة الدراسة حسب النوع:

يتضح من الشكل (٤) أن الطلبة والطالبات كانوا متقاربين في جميع الفئات الخاصة بمؤشّر كتلة الجسم، على الرغم من ارتفاع نسب الطالبات عن الطلبة في فئات (نقص الوزن والوزن الطبيعي والوزن الزائد)، وارتفاع نسب الطلبة على الطالبات في فئتي (السمنة والسمنة المفرطة).

كما أثبت اختبار (كا٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة والطالبات في الفئات المختلفة لمؤشّر كتلة الجسم، فقد كانت قيمته ٩,٤٢ بأربع درجات حرية وبدلالة إحصائية ٠,٠٥١



شكل (٥) فئات مؤشّر كتلة الجسم للطلاّب حسب الصفّ الدراسي

ثالثاً: توزيع مؤشّر كتلة الجسم على عيّنة الدراسة حسب الصفّ الدراسي:

يتضح من الشكل (٥) أن الطلاّب متقاربون إلى حد ما في فئات مؤشّر كتلة الجسم حسب الصفّ الدراسي (الصف العاشر والحادي عشر والثاني عشر)، إلا أن طلاّب الصف الثاني عشر ترتفع نسبهم قليلاً عن الطلاّب في بقية الصفوف في فئات (الوزن الزائد والسمنة والسمنة المفرطة)، في حين يلاحظ ارتفاع نسب طلاّب الصف الحادي عشر عن البقية في فئة (الوزن الطبيعي).

كما أثبت اختبار (كا٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الصفوف المختلفة (الصف العاشر والحادي عشر والثاني عشر) في الفئات المختلفة لمؤشّر كتلة الجسم، فقد كانت قيمته ١٦,٩ بدرجة حرية تساوي ١٢ وبدلالة إحصائية ٠,١٥١.

بالنسبة للسؤال الثاني: ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نمطه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

للإجابة على السؤال الثاني تمّ إجراء التحليلات المناسبة وهي علاقة ارتباط سبيرمان، اختبار (ت) لعينتين غير مستقلتين، واختبار (كا٢)، إضافة للتوزيع النسبي والعددي للجداول.

أولاً: علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نَمَطه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه بشكل عام :

العادات الغذائية	الصف العاشر		الصف الحادي عشر		الصف الثاني عشر	
	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة
	-٠٤٠. ٨	٥٢٦.	-٠٦٠.	٠٣٤.	-٤٣٠.	٨٩٦.

جدول (٧) علاقة ارتباط سبيرمان بين مؤشّر كتلة الجسم والعادات الغذائية (متوسط المحور) حسب الصفّ الدراسي

يتضح من الجدول (٧) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم والعادات الغذائية (متوسط المحور) حسب الصفّ الدراسي.

ثانياً: تناول وجبة الإفطار بشكل يومي خلال ثلاثين يوماً:

تناول وجبة الإفطار خلال الثلاثين يوماً الماضية	العدد	النسبة المئوية
دائماً	١٠٠	٢٤
غالباً	٩٢	٢٢,١
أحياناً	١٠٨	٢٥,٩
نادراً	٨٢	١٩,٦
لا أتناول	٣١	٧,٤
لا إجابة (قيم مفقودة)	٤	١
المجموع	٤١٧	١٠٠

جدول (٨) توزيع العيّنة حسب تناول وجبة الإفطار خلال الثلاثين يوماً الماضية

يتضح من الجدول (٨) أن ربع الطلاّب تقريباً يتناولون وجبة الإفطار بشكل دائم، في حين أن أكثر من الربع لا يتناولون وجبة الإفطار أو نادراً ما يتناولونها، بينما نصف الطلاّب تقريباً يتناولونها غالباً أو أحياناً.

كما ثبت من خلال علاقة ارتباط الرتب سبيرمان عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم ومدى تناول وجبة الإفطار يومياً، فقد كانت قيمة معامل الارتباط ٠,٠٣٦ بدلالة إحصائية للاختبار ٠,٤٦٥.

ثالثاً: العادات الغذائية خلال ثلاثين يوماً:

خلال الثلاثين يوماً الماضية، كم مرة :		و لا مرة	مرة واحدة في بعض الأيام	مرة واحدة يومياً	مرتين يومياً	٣ مرات يومياً	٤ مرات أو أكثر يومياً
١. أكلت فاكهة من الأصناف المتوفرة لديك	العدد	٤١	٢١٩	٨٤	٤٠	١٩	١٢
	٪	٩,٩	٥٢,٨	٢٠,٢	٩,٦	٤,٦	٢,٩
٢. أكلت خضروات من الأصناف المتوفرة لديك	العدد	٦٦	١٣٣	١٢١	٤٨	٢٣	٢٢
	٪	١٦	٣٢,٢	٢٩,٣	١١,٦	٥,٦	٥,٣
٣. تناولت مشروبات غازية	العدد	٧٤	١٦٠	٦٠	٤٦	٢٨	٤٥
	٪	١٧,٩	٣٨,٧	١٤,٥	١١,١	٦,٨	١٠,٩
٤. شربت اللبن أو الحليب أو أكلت منتجات الألبان	العدد	٣٨	١٢٣	١٢٤	٦١	٢٨	٢٩
	٪	٩,٢	٢٩,٨	٣٠	١٤,٨	٦,٨	٩,٤

جدول رقم (٩) بعض أصناف الغذاء التي اعتاد الطلاّب تناولها

يتضح من الجدول (٩) أن غالبية أفراد العينة لا يتناولون أصناف الفاكهة المتوفرة وكذلك المشروبات الغازية أو أنهم يتناولونها بمعدل مرة واحدة في بعض الأيام، تليها الخضروات، ثم منتجات الألبان، كما اتضح أن تناول منتجات الألبان هو الأعلى لديهم، حيث بلغت نسبة تناوله بمعدل مرتين أو أكثر يومياً ٣١٪، تليها المشروبات الغازية ٢٩٪، و٢٣٪ لتناول الخضروات، بينما كان تناول أصناف الفاكهة المتوفرة ١٧٪.

وعلى وجه العموم فقد أظهرت النتائج أن تناول منتجات الألبان هو الأعلى، يليه تناول الأصناف المتوفرة من الخضروات، ثم يأتي تناول المشروبات الغازية، وأخيراً يأتي تناول الأصناف المتوفرة من الفاكهة.

صنف الطعام	١. أكلت فاكهة من الأصناف المتوفرة لديك	٢. أكلت خضروات من الأصناف المتوفرة لديك	٣. تناولت مشروبات غازية	٤. شربت اللبن أو الحليب أو أكلت منتجات الألبان
١. أكلت فاكهة من الأصناف المتوفرة لديك	–	.٥٠٠**	٠**	٠**
٢. أكلت خضروات من الأصناف المتوفرة لديك	–	–	٠**	٠**
٣. تناولت مشروبات غازية	–	–	–	.١١٠*
٤. شربت اللبن أو الحليب أو أكلت منتجات الألبان	–	–	–	–

جدول (١٠) اختبار (ت) لعينتين غير مستقلتين بين كل زوج من أصناف الطعام
أو الشراب المتناولة من قبل الطلاّب

* الاختبار له دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥)
** الاختبار له دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١)

يتضح من جدول (١٠) لاختبار (ت) لعينتين غير مستقلتين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تناول كل صنف من الأصناف الغذائية مع الصنف الآخر.

صنف الطعام	قيمة (كا٢)	درجات الحرية	الدلالة
١. أكلت فاكهة من الأصناف المتوفرة لديك	١٥,٢	٢٠	.٦٧٦
٢. أكلت خضروات من الأصناف المتوفرة لديك	٣٢,٥*	٢٠	.٠٣٨
٣. تناولت مشروبات غازية	١٢,٣	٢٤	.٩٧٦
٤. شربت اللبن أو الحليب أو أكلت منتجات الألبان	١٨,٢	٢٠	.٥٧٥

جدول (١١) اختبار (كا٢) للعلاقة بين فئات مؤشّر كتلة الجسم وبين كل زوج من أصناف الطعام
أو الشراب المتناولة من قبل الطلاّب

يتضح من الجدول (١١) لاختبار (كا٢) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تناول الخضروات من الأصناف المتوفرة ومؤشّر كتلة الجسم، حيث الدلالة الإحصائية لاختبار (كا٢) ٠,٠٣٨.

فئة مؤشّر كتلة الجسم		و لا مرة	مرة واحدة في بعض الأيام	مرة واحدة يومياً	مرتين يومياً	٣ مرات يومياً	٤ مرات أو أكثر يومياً
نقص في الوزن	العدد	٨	١٠	٩	٦	٢	٠
	٪	٢٢,٩	٢٦,٨	٢٥,٧	١٧,١	٥,٧	٠
وزن طبيعي	العدد	٣٩	٥٨	٦٥	٢٨	١٢	١٠
	٪	١٨,٤	٢٧,٤	٣٠,٧	١٣,٢	٥,٧	٤,٧
وزن زائد	العدد	١٥	٤٩	٣٣	٦	٧	١٠
	٪	١٢,٥	٤٠,٨	٢٧,٥	٥	٥,٨	٨,٣
سمنة	العدد	٢	٨	١٤	٧	١	٢
	٪	٥,٩	٢٣,٥	٤١,٢	٢٠,٦	٢,٩	٥,٩
سمنة مفرطة	العدد	٢	٧	٠	١	١	٠
	٪	١٨,٢	٦٣,٨	٠	٩,١	٩,١	٠

جدول (١٢) تناول أصناف الخضروات المتاحة حسب فئات مؤشّر كتلة الجسم

يتضح من الجدول (١٢) أن النسبة المئوية للطلاّب من فئة السمنة يأكلون أصناف الخضروات المتاحة ٧٠٪ على الأقل مرة واحدة يومياً، والتي هي أعلى من باقي الطلاّب في فئات الأوزان الأخرى، وكانت هذه النسبة لفئة الوزن الزائد ٥٦٪، وللطلاّب في فئة الوزن الطبيعي ٥٤٪، وللطلاّب من فئة نقص في الوزن ٤٩٪، وأخيراً الطلاّب في فئة السمنة المفرطة بنسبة ١٨٪ فقط.

وعند إجراء اختبار (كا^{٢}) بين مؤشّر كتلة الجسم والمتوسط المقرّب من تناول الأصناف المختلفة من الفاكهة والخضروات والألبان ومنتجاتها وكذلك المشروبات الغازية (تم إعادة ترميز متغيّر المشروبات الغازية باعتبارها عادة سلبية، بخلاف الفاكهة والخضروات والألبان التي تعتبر عادة إيجابية)، وبحسب الصفّ الدراسي نجد ما يلي:

الصف الدراسي	قيمة (كا^{٢})	درجات الحرية	الدلالة
العاشر	٧,٨	١٢	.٨٠١
الحادي عشر	٢٢,٢	٢٠	.٣٣٢
الثاني عشر	٤٣,٥*	٢٠	.٠٢

جدول (١٣) اختبار (كا^{٢}) بين فئات مؤشّر كتلة الجسم والمتوسط المقرب من تناول الأصناف المختلفة حسب الصفّ الدراسي

* الاختبار له دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (١٣) أن اختبار (كا^{٢}) له دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم والمتوسط المقرّب من تناول الأصناف المختلفة للصف الثاني عشر فقط، حيث الدلالة الإحصائية للاختبار ٠,٠٢

فئة مؤشّر كتلة الجسم		و لا مرة	مرة واحدة في بعض الأيام	مرة واحدة يومياً	مرتين يومياً	٣ مرات يومياً	٤ مرات أو أكثر يومياً
نقص في الوزن	العدد	٠	١	٣	٢	٠	٠
	٪	٠.	١٦,٧	٥٠,٠	٣٣,٣	٠.	٠.
وزن طبيعي	العدد	٠	٦	٤٠	٢٢	٢	٠
	٪	٠.	٨,٦	٥٧,١	٣١,٤	٢,٩	٠.
زيادة وزن	العدد	٠	٢	٢٠	١٠	٤	١
	٪	٠.	٥,٤	٥٤,١	٢٧,٠	١٠,٨	٢,٧
سمنة	العدد	٠	٢	٩	٢	٠	٠
	٪	٠.	١٥,٤	٦٩,٢	١٥,٤	٠.	٠.
سمنة مفرطة	العدد	١	٠	٣	٠	٠	٠
	٪	٢٥,٠	٠.	٧٥,٠	٠.	٠.	٠.
المجموع	العدد	١	١١	٧٥	٣٦	٦	١
	٪	٨.	٨,٥	٥٧,٧	٢٧,٧	٤,٦	٨.

جدول (١٤) تناول الأصناف المختلفة (متوسط مقرّب) لطلاّب الصف الثاني عشر حسب فئات مؤشّر كتلة الجسم

يتضح من الجدول (١٤) أن طلاّب الصف الثاني عشر المصنفين في فئات النقص في الوزن والوزن الطبيعي والوزن الزائد وكذلك السمنة أفضل في العادات الغذائية للأصناف المختلفة من الطلاّب المصنفين في فئة السمنة المفرطة، ويتضح ذلك الفرق في تناول هذه الأصناف مرة واحدة يومياً أو أكثر.

رابعاً: الأكل من مطاعم الوجبات السريعة:

عدد أيام الأكل من مطاعم الوجبات السريعة	العدد	النسبة المئوية
صفر	٦١	١٤,٧
يوم واحد	٨٢	١٩,٧
يومان	١٠٠	٢٤,٠
٣ أيام	٨٢	١٩,٧
٤ أيام	٤٣	١٠,٣
٥ أيام	٢٠	٤,٨
٦ أيام	٢٨	٦,٧
المجموع	٤١٦	١٠٠,٠

جدول (١٥) توزيع العيّنة حسب عدد أيام الأكل من مطاعم الوجبات السريعة خلال السبعة أيام الماضية

يتضح من الجدول (١٥) أن ما يقارب ٦٥٪ من أفراد العيّنة يتناولون وجبات سريعة بمعدل يومين أو أكثر خلال الأسبوع، بينما ٢٠٪ تقريباً لا يتناولونها إلا ليوم واحد فقط، في حين امتنع ١٥٪ فقط من تناول تلك الوجبات في السبعة أيام الماضية.

الصفّ الدراسي	قيمة (كا٢)	درجات الحرية	الدلالة
العاشر	١٢,٧	٢٤	.٩٧١
الحادي عشر	٢٣,٩	٢٤	.٤٦٨
الثاني عشر	٢٢,١	٢٤	.٥٧٥

جدول (١٦) اختبار (كا٢) بين مؤشّر كتلة الجسم والمتوسط المقرّب حسب عدد أيام الأكل من مطاعم الوجبات السريعة خلال السبعة أيام الماضية مصنفة حسب الصفّ الدراسي

يتضح من الجدول (١٦) لاختبار (كا٢) عدم وجود أي علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم والمتوسط المقرّب حسب عدد أيام الأكل من مطاعم الوجبات السريعة خلال السبعة أيام الماضية حسب الصفّ الدراسي.

خامساً: تناول أطعمة خفيفة بين الوجبات:

تناول أطعمة خفيفة بين الوجبات	العدد	النسبة المئوية
دائماً	٧٩	١٩,١
غالباً	١١١	٢٦,٦
أحياناً	١٦٤	٣٩,٣
نادراً	٤٤	١٠,٧
لا أتناول	١٥	٣,٦
المجموع	٤١٣	١٠٠,٠

جدول (١٧) توزيع العيّنة حسب تناول أطعمة خفيفة بين الوجبات

يتضح من الجدول (١٧) أن نصف أفراد العيّنة تقريباً ٤٦٪ يتناولون أطعمة خفيفة بين الوجبات دائماً أو غالباً، و٣٩٪ منهم يتناولونها أحياناً، في حين أن ١٤٪ فقط لا يتناولونها أو نادراً ما يتناولونها.

الصفّ الدراسي	قيمة (كا٢)	درجات الحرية	الدلالة
العاشر	١٥,٨	١٦	.٤٦٥
الحادي عشر	١١,٩	١٦	.٧٥١
الثاني عشر	١٣,٦	١٦	.٦٢٥

جدول (١٨) اختبار (كا2) بين مؤشّر كتلة الجسم والمتوسط المقرّب حسب تناول أطعمة خفيفة بين الوجبات مصنفة حسب الصفّ الدراسي

يتضح من الجدول (١٨) لاختبار (كا٢) عدم وجود أي علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم والمتوسط المقرّب حسب تناول أطعمة خفيفة بين الوجبات مصنفة حسب الصفّ الدراسي.

الأطعمة الخفيفة المتناولة بين الوجبات		نعم	لا
عصائر	العدد	١٠٢	٣١٣
	٪	٢٤,٦	٧٤,٥
فواكه / خضار	العدد	٨٧	٣٢٥
	٪	٢١	٧٩
بطاطا شيبس	العدد	١١٢	٣٠٢
	٪	٢٧	٧٣
مشروبات غازية	العدد	٧٣	٣٤٣
	٪	١٧,٥	٨١,٧
حلويات / شوكولاته	العدد	١٨١	٢٣٥
	٪	٤٣,٥	٥٦,٥
وجبات سريعة	العدد	٧٣	٣٧٧
	٪	٨,٩	٩١
قهوة / شاي	العدد	١٣١	٢٨٥
	٪	٣١,٥	٦٨,٥
موالح / مكسرات	العدد	٨٩	٣٢٧
	٪	٢١,٤	٧٨,٦

جدول (١٩) الأطعمة الخفيفة التي يتناولها الطلاّب بين الوجبات

يتضح من الجدول (١٩) أن الحلويات/ الشوكولاته تأتي في مقدمة الأصناف التي يتناولها الطلاّب بين الوجبات يليها القهوة/ الشاي ومن ثم بطاطا شيبس، وبدرجة أقل بقليل العصائر ويليه الموالح/ المكسرات التي كانت بنفس نسبة تناول

فواكه / خضار، وأخيراً تأتي الوجبات السريعة بنسبة مئوية متدنية لا تزيد عن ٩٪.

بالنسبة للسؤال الثالث: ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع وعيه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

وللإجابة على هذا السؤال تمّ تقسيم محور الوعي الغذائي إلى قسمين «وعي غذائي» لأسئلة الاستبانة التي تحتوي خيارات (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، لا أفعل) وإلى «ثقافة غذائية» لتلك الأسئلة التي تحوي الخيارين (نعم، لا)، وتمّ استخدام التوزيع النسبي والعددي، واختبار (كا٢) وفق ما يلي:

أولاً: علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع وعيه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه بشكل عام:

الوعي الغذائي	الصف العاشر		الصف الحادي عشر		الصف الثاني عشر	
	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة
	.١٣٤	.١٧٦	.٠١٦	.٨٣٣	.٠٣٠	.٧٣٤

جدول (٢٠) علاقة ارتباط سبيرمان بين مؤشّر كتلة الجسم والوعي الغذائي (متوسط المحور) حسب الصفّ الدراسي

يتضح من الجدول (٢٠) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم والوعي الغذائي (متوسط المحور) حسب الصفّ الدراسي.

ثانياً: الوعي الغذائي :

الأسئلة		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا أفعل
١. هل تقوم بقياس وزنك للحفاظ على الوزن المثالي؟	العدد	٧٨	٦١	٨٨	٩٠	٩٨
	٪	١٨,٧	١٤,٦	٢١,١	٢١,٧	٢٣,٥
٢. هل تهتم بقراءة ملصقات المكونات الغذائية على عبوات الأطعمة قبل شرائها؟	العدد	٥٨	٤٧	٨١	٨٧	١٤٣
	٪	١٣,٩	١١,٣	١٩,٤	٢٠,٩	٣٤,٥
٣. هل تتجنب الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية؟	العدد	٤٣	٥٤	١١١	٧١	١٣٧
	٪	١٠,٣	١٣	٢٦,٧	١٧,١	٣٢,٩
٤. هل تسعى لتغيير عاداتك الغذائية في سبيل الحفاظ على صحتك؟	العدد	١٤٠	١٠٥	٩٨	٢٩	٤٤
	٪	٣٣,٧	٢٥,٢	٢٣,٦	٧	١٠,٦

جدول (٢١) الوعي الغذائي للطلاّب

يتضح من الجدول (٢١) أن ٣٣٪ من الطلاّب يقومون بقياس وزنهم غالباً أو بشكل دائم، في حين أن ٤٥٪ تقريباً لا يفعلون ذلك أو نادراً ما يقيسونه، كما أنّ غالبية الطلاّب بنسبة ٥٥٪ نادراً ما يهتمون بقراءة ملصقات المكونات الغذائية على عبوات الأطعمة قبل شرائها أو لا يهتمون بقراءتها، بينما ربع أفراد العيّنة فقط يهتمون بذلك غالباً أو بشكل دائم، كما يتضح أن نصف الطلاّب تقريباً نادراً ما يتجنبون الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية أو أنهم لا يتجنبونها أبداً، في حين يفعل ذلك ٢٣٪ من الطلاّب غالباً أو بشكل دائم، أما بالنسبة لسعي الطلاّب لتغيير عاداتهم الغذائية للحفاظ على صحتهم فقد ذكر غالبية الطلاّب بنسبة ٥٩٪ بأنهم يفعلون ذلك غالباً أو بشكل دائم، بينما ١٨٪ منهم نادراً أو لا يسعون لتغييرها حفاظاً على صحتهم.

الأسئلة	الصفّ الدراسي	قيمة (كا٢)	درجات الحرية	الدلالة
١. هل تقوم بقياس وزنك للحفاظ على الوزن المثالي؟	العاشر	١٠,٦	١٦	.٨٣٤
	الحادي عشر	٢٦	١٦	.٠٥٤
	الثاني عشر	٣١,١*	١٦	.٠١٣
٢. هل تهتم بقراءة ملصقات المكونات الغذائية على عبوات الأطعمة قبل شرائها؟	العاشر	١٣,٤	١٦	.٦٤٣
	الحادي عشر	١٤,٦	١٦	.٥٥٨
	الثاني عشر	١٧,٧	١٦	.٣٤١
٣. هل تتجنب الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية؟	العاشر	١٢,٣	١٦	.٧٢٢
	الحادي عشر	١٦,٧	١٦	.٤٠٦
	الثاني عشر	١٨,٦	١٦	.٢٨٩
٤. هل تسعى لتغيير عاداتك الغذائية في سبيل الحفاظ على صحتك؟	العاشر	١٤,٨	١٦	.٥٤٠
	الحادي عشر	١٨,٩	١٦	.٢٩١
	الثاني عشر	١٢,٣	١٦	.٧١٥

جدول (٢٢) اختبار (كا٢) بين فئات مؤشّر كتلة الجسم حسب الوعي الغذائي مصنفة حسب الصفّ الدراسي

* الاختبار له دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٢٢) لاختبار (كا٢) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قياس الطلاّب لأوزانهم حفاظاً على الوزن المثالي وبين فئات مؤشّر كتلة الجسم للصف الثاني عشر.

فئات مؤشّر كتلة الجسم		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا أفعل
نقص في الوزن	العدد	١	١	٠	١	٣
	٪	١٦,٧	١٦,٧	٠	١٦,٧	٥٠
وزن طبيعي	العدد	١٧	١٤	١٦	١١	١٣
	٪	٢٣,٩	١٩,٧	٢٢,٥	١٥,٥	١٨,٣
زيادة وزن	العدد	٥	٦	١١	٨	٨
	٪	١٣,٢	١٥,٨	٢٨,٩	٢١,١	٢١,١
سمنة	العدد	٠	١	٠	٩	٤
	٪	٠.	٧,١	٠.	٦٤,٣	٢٨,٦
سمنة مفرطة	العدد	٠	٢	٢	٠	٠
	٪	٠.	٥٠,٠	٥٠,٠	٠.	٠.
المجموع	العدد	٢٣	٢٢	٢٩	٣١	٢٨
	٪	١٧,٣	١٦,٥	٢١,٨	٢٣,٣	٢١,١

جدول (٢٣) مدى قياس طلاّب الصف الثاني عشر لأوزانهم حسب مؤشّر كتلة الجسم

يتضح من الجدول (٢٣) أن الغالبية العظمى من طلاّب الصف الثاني عشر المصابين بالسمنة هم الأقل قياساً لأوزانهم حفاظاً على الوزن المثالي مقارنة ببقية الفئات (٩, ٩٢٪ نادراً أو لا يفعل)، ويليهم الطلاّب المصابون بنقص في الوزن (٧, ٧٦٪ نادراً أو لا يفعل)، ثم يليهم الطلاّب أصحاب الوزن الزائد (٢, ٤٤٪ نادراً أو لا يفعل)، ويلاحظ أن الطلاّب أصحاب الوزن الطبيعي هم الأكثر التزاماً في قياس أوزانهم للحفاظ على وزنهم المثالي (٦, ٤٣٪ دائماً أو غالباً).

ثالثاً: الثقافة الغذائية:

الأسئلة		نعم	لا
١. هل تتساوى جميع العناصر الغذائية في أهميتها بالنسبة لبناء العظام في الجسم؟	العدد	١٤٧	٦١
	٪	٣٥,٧	٦٤,٣
٢. هل يمكن أن تسْهم أي وجبة تتناولها على تقوية جهاز المناعة لديك؟	العدد	٢٨٦	١٢٥
	٪	٦٨,٦	٣٠,٤
٣. هل تعلم مخاطر زيادة الوزن والسمنة على الأفراد في مرحلة المراهقة؟	العدد	٣٤٠	٧٢
	٪	٨٢,٥	١٧,٥
٤. هل يوجد فرق بين زيادة الوزن والسمنة؟	العدد	٣١١	١٠١
	٪	٧٤,٦	٢٥,٤
٥. هل تعلم ما هو معامل / مؤشّر كتلة الجسم؟	العدد	١١٣	٢٩٦
	٪	٢٧,٦	٧٢,٢

جدول (٢٤) الثقافة الغذائية لدى الطلاّب

يتضح من الجدول (٢٤) أن الثقافة الغذائية ليست عالية لدى أفراد العيّنة، حيث إن ٣٦٪ من الطلاّب يعتقدون بتساوي جميع العناصر الغذائية في أهميتها بالنسبة لبناء العظام في الجسم، و٦٩٪ منهم يعتقدون بمساهمة أي وجبة يتناولونها بتقوية جهازهم المناعي، و١٨٪ منهم لا يعلمون مخاطر زيادة الوزن والسمنة على الأفراد في مرحلة المراهقة، وما يقارب ربع الطلاّب يجهلون الفرق بين زيادة الوزن والسمنة، و٧٢٪ يجهلون ماهية معامل مؤشّر كتلة الجسم. وقد حصل سؤالان فقط من أصل خمسة أسئلة على أعلى نسبة إجابة صحيحة هما السؤال الأول ٦٤,٣٪ والثالث ٨٢,٥٪.

الأسئلة	الصفّ الدراسي	قيمة (كا٢)	درجات الحرية	الدلالة
١. هل تتساوى جميع العناصر الغذائية في أهميتها بالنسبة لبناء العظام في الجسم؟	العاشر	٢,٠١	٤	.٧٣٣
	الحادي عشر	١,٥١	٤	.٨٢٤
	الثاني عشر	.٩٦	٤	.٩١٦
٢. هل يمكن أن تسْهم أي وجبة تتناولها على تقوية جهاز المناعة لديك؟	العاشر	١,٤٧	٤	.٨٣٢
	الحادي عشر	.٩٦	٤	.٩١٦
	الثاني عشر	٩,٠٦	٤	.٠٦٠
٣. هل تعلم مخاطر زيادة الوزن والسمنة على الأفراد في مرحلة المراهقة؟	العاشر	١,٠١	٤	.٩٠٧
	الحادي عشر	٣,٧٠	٤	.٤٤٩
	الثاني عشر	٣,٥٢	٤	.٤٧٦
٤. هل يوجد فرق بين زيادة الوزن والسمنة؟	العاشر	٧,٨٣	٤	.٠٩٨
	الحادي عشر	١٨,٩	٤	.١٢٣
	الثاني عشر	٥,٨٢	٤	.٩٠١
٥. هل تعلم ما هو معامل / مؤشّر كتلة الجسم؟	العاشر	٥,٨٢	٨	.٦٦٧
	الحادي عشر	١,٨١	٤	.٧٧٠
	الثاني عشر	٢,٦٦	٤	.٦١٦

جدول (٢٥) اختبار (كا٢) بين فئات مؤشّر كتلة الجسم والثقافة الغذائية حسب الصفّ الدراسي

يتضح من الجدول (٢٥) لاختبار (كا٢) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الثقافة الغذائية وفئات مؤشّر كتلة الجسم بحسب الصفّ الدراسي.

أما بالنسبة للسؤال الرابع: ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نشاطه البدني بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

فقد تمّ استخدام معامل ارتباط الرتب سبيرمان، واختبار (كا٢)، إضافة للتوزيع النسبي والعددي للجداول للإجابة عن هذا السؤال.

أولاً: علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نشاطه البدني بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه بشكل عام :

ممارسة النشاط البدني	الصف العاشر		الصف الحادي عشر		الصف الثاني عشر	
	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة
	066.	504.	037.	634.	007.	937.

جدول (٢٦) علاقة ارتباط سبيرمان بين مؤشّر كتلة الجسم وممارسة النشاط البدني (متوسط المحور) حسب الصفّ الدراسي

يتضح من الجدول (٢٦) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم وممارسة النشاط البدني (متوسط المحور) حسب الصفّ الدراسي.

ثانياً: الأنشطة البدنية :

النشاط البدني		صفر	يوم واحد	يومان	٤ أيام	٣ أيام	٥ أيام	٦ أيام	٧ أيام
١. مارست نشاطاً بدنياً لمدة ٣٠ دقيقة كاملة على الأقل	العدد	١٠٨	١٠٥	٧٩	٤٤	٢٤	١٣	٦	٣٦
	٪	٢٦	٢٥,٣	١٨,٩	١٠,٦	٥,٨	٣,١	١,٤	٨,٦
٢. ركبت الدراجة العادية أو دراجة الجهد المنزلية	العدد	٢٥٦	٧١	٢٩	٢١	١٣	٧	٢	١٥
	٪	٦١,٨	١٧,١	٧	٥,١	٣,١	١,٧	٥.	٣,٦
٣. مارست رياضة السباحة	العدد	٢٦٨	٦٩	٢٣	٢٠	١٤	٦	٠	١٤
	٪	٦٤,٧	١٦,٧	٥,٦	٤,٨	٣,٤	١,٤	٠	٣,٤
٤. مارست رياضات الدفاع عن النفس مثل الجودو والكاراتيه	العدد	٢٩١	٦٤	٢٦	١٤	٩	٥	٣	٢٠
	٪	٧٠,٣	١١,١	٦,٣	٣,٤	٢,٢	١,٢	٧.	٤,٨
٥. مارست التمارين التي تخص شدّ الجسم، مثل لمس أصابع القدم وثني الركبة أو شدّ الرجل	العدد	١٣٥	٨٥	٥٢	٤٠	٣٧	١٧	١٠	٣٨
	٪	٣٢,٦	٢٠,٥	١٢,٦	٩,٧	٨,٩	٤,١	٢,٤	٩,١

جدول (٢٧) النشاط البدني الذي مارسه الطلاّب خلال السبعة أيام الماضية

يتضح من الجدول (٢٧) أن النشاط البدني متدني لدى أفراد العيّنة، حيث إن ربع الطلاّب تقريباً لا يمارسون نشاطاً بدنياً لمدة ٣٠ دقيقة في الأسبوع، في حين يمارس هذا النشاط لمرة واحدة ٢٥٪ من العيّنة فقط، بينما يمارس ٩٪ فقط من العيّنة هذا النشاط بشكل منتظم يومياً. ويلاحظ أن غالبية الطلاّب ٦٢٪ لم يركبوا الدراجة العادية أو دراجة الجهد المنزلية خلال السبعة أيام الماضية، وثلثيهم تقريباً ٦٥٪ لم يمارسوا رياضة السباحة، و٧٠٪ لم يمارسوا رياضة الدفاع عن النفس، كما يلاحظ أن ثلث الطلاّب تقريباً لم يمارسوا التمارين الخاصة بشدّ الجسم مثل لمس أصابع القدم وثني الركبة أو شدّ الرجل خلال الأيام السبعة الماضية، في حين مارس تلك الرياضة ثلث الطلاّب تقريباً لمدة يوم أو يومين في الأسبوع ومارسها ٩٪ فقط بشكل يومي.

النشاط البدني	الصف العاشر		الصف الحادي عشر		الصف الثاني عشر	
	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة	معامل ارتباط سبيرمان	الدلالة
١. مارست نشاطاً بدنياً لمدة ٣٠ دقيقة كاملة على الأقل	٠٢٧.	٧٨١.	- ٠٢٧.	٧٢٤.	٠١٧.	٨٤٨.
٢. ركبت الدراجة العادية أو دراجة الجهد المنزلية	١٥٦.	١١١.	١٥٤.*	٠٤٣.	٠١١.	٩٠٣.
٣. مارست رياضة السباحة	٠٧٤.	٤٤٩.	٠٤٧.	٥٤٠.	١٣٦.	١١٧.
٤. مارست رياضات الدفاع عن النفس مثل الجودو والكاراتيه	٠٦٤.	٥١١.	٠٦١.	٤٢٧.	- ٠٠٤.	٩٦٥.
٥. مارست التمارين التي تخص شدّ الجسم، مثل لمس أصابع القدم وثني الركبة أو شدّ الرجل	٠٠٦.	٩٥٢.	- ٠٣٦.	٦٣٨.	- ٠١١.	٨٩٩.

* الاختبار له دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٢٨) وجود علاقة واحدة فقط موجبة ١٥٤أ٠ وذات دلالة إحصائية بين ركوب الدراجة العادية أو دراجة الجهد المنزلية مع مؤشّر كتلة الجسم للصف الحادي عشر، وذلك يشير إلى أن طلاّب الصف الحادي عشر الأعلى في مؤشّر كتلة الجسم يمارسون تلك الرياضة بشكل أكبر من نظرائهم الأقل في مؤشّر كتلة الجسم.

القيام بالمشي بدلاً من استخدام السيارة	العدد	النسبة المئوية
نعم	١٥٦	٣٧,٨
أحياناً	١٩٦	٤٧,٥
لا	٦١	١٤,٨
المجموع	٤١٣	١٠٠,٠

جدول (٢٩) القيام بالمشي بدلاً من استخدام السيارة
(خاصة في المسافات التي لا تزيد عن كيلو متر واحد تقريباً)

يتضح من الجدول (٢٩) أن ٣٨٪ من العيّنة يمشون بدلاً من استخدام السيارة (خاصة في المسافات التي لا تزيد عن كيلو متر واحد تقريباً)، في حين أن ٤٨٪ من العيّنة يمشون بدلاً من السيارة أحياناً، إلا أن ١٥٪ منهم أقرّوا بعدم استعاضتهم بالمشي بدلاً من السيارة.

ممارسة أنشطة بدنية أخرى	العدد	النسبة المئوية
نعم	١٤٧	٣٥,٦
أحياناً	١٦٠	٣٨,٧
لا	١٠٦	٢٥,٧
المجموع	٤١٣	١٠٠,٠

جدول (٣٠) ممارسة أنشطة بدنية أخرى

يتضح من الجدول (٣٠) أن ربع أفراد العيّنة لا يمارسون أنشطة بدنية أخرى غير التي سبق ذكرها، في حين ذكر ٣٦٪ منهم أنهم يمارسون أنشطة أخرى بشكل منتظم، بينما ٣٨٪ منهم يمارسونها بشكل غير منتظم.

السؤال	الصف الدراسي	قيمة (كا٢)	درجات الحرية	الدلالة
١. هل تقوم بالمشي بدلاً من استخدام السيارة (خاصة في المسافات التي لا تزيد عن كيلو متر واحد تقريباً)؟	العاشر	٥,٥٦	٨	٦٩٧.
	الحادي عشر	٥,٦٨	٨	٦٨٣.
	الثاني عشر	٨,٣٠٧	٨	٧٥٠.
٢. هل تقوم بانتظام بممارسة أنشطة بدنية أخرى غير التي سبق ذكرها؟	العاشر	٤,٨٧	٨	٧٧١.
	الحادي عشر	٩,٥٨	٨	٢٩٦.
	الثاني عشر	٣,١١	٨	٩٢٨.

جدول (٣١) اختبار (كا٢) بين مؤشّر كتلة الجسم واستخدام الطلاّب للمشي بدلاً من السيارة إضافة إلى ممارسة أنشطة بدنية أخرى بحسب الصفّ الدراسي

يتضح من الجدول (٣١) لاختبار (كا٢) عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشّر كتلة الجسم واستخدام الطلاّب للمشي بدلاً من السيارة، وكذلك ممارسة أنشطة رياضية أخرى بحسب الصفّ الدراسي.

الجنس	الإجابات	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	لا توجد إجابة	٦٧	٥٠,٨
	السباحة ورياضة أخرى	٤	٣,٠
	السباحة	٣	٢,٢
	القفز	١	٨.
	المشي	١١	٨,٣
	المشي والجري	٣	٢,٢
	كرة القدم ورياضة فردية أخرى	٦	٤,٨
	تمارين اللياقة البدنية	٧	٥,٣
	حديد	٣	٢,٢
	حديد وجري وملاكمة	١	٨.
	كرة السلة والدفاع عن النفس	١	٨.
	كرة القدم	١٢	٩,١
	كرة القدم والجري	٤	٣,٠
	كرة القدم ولعبة جماعية أخرى	٥	٣,٨
	كرة اليد	١	٨.
	كمال أجسام	١	٨.
	نادي صحي	٢	١,٥
المجموع		١٣٢	١٠٠,٠

الجنس	الإجابات	التكرار	النسبة المئوية
إناث	لا إجابة	١٥٤	٥٤,٠
	تمارين الكارديو	٤	١,٤
	أثقال	١	٤.
	الأجهزة	٤	١,٤
	الاسكواش والحديد	١	٤.
	الجري	١٠	٣,٥
	السباحة ورياضة أخرى	٤	١,٤
	الجري والضغط	٢	٧.
	الجمباز	٢	٧.
	الحبل	١	٤.
	الدراجات الهوائية	٢	٧.
	الرقص	١٠	٣,٥
	الرقص والجري	٢	٧.
	رقصة الزومبا	٨	٢,٨
	السباحة	٣	١,١
	الغوص والجري	١	٤.
	القفز	١	٤.
	اللياقة البدنية	١١	٤,٢
	المشي	٣٥	١٢,٣
	المشي والجري	١٠	٣,٥
	كرة السلة ولعبة أخرى	٢	٨.
	رياضات متعددة	٥	١,٨
	تنس وشدّ البطن	١	٤.
	ركوب الخيل	٣	١,١
	شدّ الجسم	١	٤.

إناث	كرة القدم والجري	٤	١,٤
	يوغا	٢	٠.٧
المجموع		٢٨٥	١٠٠,٠

يلاحظ من الجدول (٣٢) توجه الطلبة الذكور نحو الرياضات الجماعية وبالأخص كرة القدم، والمشي بالدرجة الثانية، كما يتميزون برياضة الحديد وكمال الأجسام، بينما تتجه الطالبات نحو المشي والجري بالدرجة الأولى، ويتميزن برياضات الرقص وباليوغا.

تلخيص أهم النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية بعض النقاط المهمة التي يمكن تلخيصها كما يلي:

- **يوجد توجه نحو زيادة الوزن والسمنة في عينة الدراسة، حيث إن نسبة السمنة، والسمنة المفرطة أعلى من نسبة النقص في الوزن لدى الطلاب، كما تصل الزيادة في الوزن إلى ٣٠٪.**
- **يوجد تقارب بين الطلبة والطالبات في جميع الفئات الخاصة بمؤشّر كتلة الجسم، حيث لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين فئات مؤشّر كتلة الجسم وكل من (النوع والصفّ الدراسي).**
- **لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين فئات مؤشّر كتلة الجسم وكل من (العادات الغذائية والوعي الغذائي والنشاط البدني) حسب الصفّ الدراسي.**

- **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أصناف الغذاء المتناولة تختلف لدى طلاّب الصف الثاني عشر باختلاف مؤشّر كتلة الجسم لديهم، حيث لوحظ وجود عادات غذائية خاطئة لدى فئة السمنة المفرطة في الصف الثاني عشر.**
- **الوعي الغذائي متدني لدى أفراد العيّنة بشكل عام.**
- **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لقياس الوزن في سبيل الحفاظ على الوزن المثالي تختلف لدى طلاّب الصف الثاني عشر باختلاف مؤشّر كتلة الجسم، حيث لوحظ أن فئة المصابين بالسمنة هم الأقل قياساً لأوزانهم بينما فئة أصحاب الوزن الطبيعي هم الأكثر التزاماً.**
- **النشاط البدني للطلاّب متدني بشكل عام.**

مناقشة النتائج:

بالنسبة للسؤال الأول: ما توزيع مؤشّر كتلة الجسم بين عيّنة من طلاّب المرحلة الثانوية في منطقة العاصمة التعليمية بدولة الكويت ؟

من خلال مراجعة النتائج التي تم التوصل إليها يلاحظ أن أفراد العيّنة يتجهون ناحية الوزن الزائد والسمنة، حيث إن قرابة ٤٠٪ منهم يعانون من زيادة الوزن والسمنة، وتأتي هذه النتيجة تأكيداً لما توصلت إليه الدراسات المحلية مثل (Al-Delmani. 2014; Al-Hamad. 2014) من أن معدلات زيادة الوزن والسمنة في تزايد بين جميع الفئات العمرية من الكويتيين خاصة لدى الأطفال والمراهقين، ويمكن تفسير هذه الظاهرة بعدة أسباب إذا ما تم استثناء تأثير التغذية والنشاط البدني عليها، فإن ارتفاع الدخل الأسري في دولة الكويت أدى إلى نمط الحياة المترفة، والتي تسهم في ارتفاع معدلات السمنة كما أشارت إلى ذلك دراسة (Al-Nuaim. et al..

2012)، إضافة إلى ما توصلت إليه دراسة (Tremblay. et al.. 2011) من دور الأنشطة المستقرة (كمشاهدة التلفزيون وألعاب الفيديو واستخدام الحاسوب) إذا ما استمرت لمدة تزيد عن ساعتين يومياً فإن ذلك يترافق مع انخفاض الصحة الجسمية والنفسية، وبالعكس فإن خفض الوقت المخصص لها يؤدي إلى خفض مؤشّر كتلة الجسم، كذلك يمكن أن تسهم السمنة لدى الوالدين في هذه الظاهرة، فقد وُجد ارتباط موجب بين حالة زيادة الوزن لدى الطلاب ووالديهم، حيث ارتبط الوضع التغذوي والانخفاض في مستوى النشاط البدني لكلا الجنسين من الطلاّب مع السمنة لدى الوالدين (D'Addesa. et al.. 2010).

وتتقارب النسب بين الذكور والإناث في الفئات الخاصة بمؤشر كتلة الجسم فيما عدا فئتي (السمنة والسمنة المفرطة) التي تبيّن ارتفاعها بين الذكور. وقد عارضت هذه النتيجة الكثير من الدراسات التي أظهرت فيها الإناث أعلى معدلات البدانة وأدنى مستويات النشاط البدني في جميع الأعمار ومنها دراسة (Al-Nuaim. et al.. 2012)، إلا أنها اتفقت مع كل من دراسة مصيقر وآخرين (٢٠٠٣) ودراسة (Janssen. et al.. 2004) بارتفاع نسب الطلبة الذكور عن الإناث في معدلات السمنة، وقد يفسّر هذا الارتفاع لدى الذكور كثرة ارتيادهم للمطاعم السريعة مقارنة بالإناث، كذلك فإن الاهتمام البالغ بالمظهر لدى الطالبات الكويتيات قد يدفعهن لتجنب الزيادة في الوزن.

وقد تبيّن ارتفاع نسب فئات (الوزن الزائد والسمنة والسمنة المفرطة) بين طلبة الصف الثاني عشر عن الطلبة في بقية الصفوف، وهذا ما لا يتفق مع الدراسات التي تربط زيادة مستوى التعليم في تحسين الصحة، فقد يكون التعليم مشروطاً بأن يكون تعليماً جيداً لا يقوم على أساس التلقين والحفظ فقط، أي أننا في صدد الحديث عن

جودة التعليم وليس التعليم بذاته، كما أثبتت بعض الدراسات أن التعليم الأفضل يترافق مع احتمالية أقل من البدانة خاصة بين النساء، حيث ترتبط درجة التعليم سلبياً مع مؤشّر كتلة الجسم، وهي أقوى لدى النساء منها في الرجال مثل دراستي (.Maddah et al.. (2003); Devaux. et al.. (2011)). إضافة إلى ضرورة أن تقوم المدرسة بدور مساند للأسرة في تعزيز صحة الطلاب من خلال تحسين سلوكياتهم بالأكل في سن مبكرة، إضافة إلى زيادة ودعم مستويات النشاط البدني لديهم. (National Institute for Health Care Management. 2004).

بالنسبة للسؤال الثاني: ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نمطه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

كما كشفت الدراسة الحالية عن بعض العادات الغذائية غير الصحية لدى أفراد العيّنة، والتي قد تسهم في إصابتهم بزيادة الوزن والسمنة مثل :

- **ربع الطلاّب تقريباً يتناولون وجبة الإفطار بشكل دائم، في حين أن أكثر من الربع لا يتناولون وجبة الإفطار أو نادراً ما يتناولونها.**
- **الطلاّب في فئة السمنة يأكلون أصناف الخضروات المتاحة ٧٠٪ على الأقل مرة واحدة يومياً، والتي هي أعلى من باقي الطلاّب في فئات الأوزان الأخرى، يليهم فئة الوزن الزائد، ثم فئة الوزن الطبيعي، ثم فئة نقص الوزن، وأخيراً الطلاّب في فئة السمنة المفرطة بنسبة ١٨٪ فقط.**
- **إن الحلويات / الشوكولاته تأتي في مقدمة الأصناف التي يتناولها الطلاّب بين الوجبات، يليها القهوة / الشاي ومن ثم بطاطا شيبس.**

وتُفسّر ارتباط السمنة بالعادات الغذائية العديد من الدراسات منها دراسة (-Al

Nuaim. et al.. 2012) التي وجدت أن الأطفال والمراهقين البدناء يستهلكون حصصاً من السعرات الحرارية أكثر بكثير من غير البدناء، والمتمثلة باللحوم ومنتجات الحبوب والأطعمة السريعة والسكر والمشروبات المحلاة ورقائق البطاطس، وما أشارت إليه دراسة (Al-Hazzaa. et al.. 2012) أنه من بين عدة عوامل لنمط الحياة كان النشاط البدني والعادات الغذائية الأكثر تأثيراً على نسبة الإصابة بالسمنة، حيث وجد أنه مقارنة بأفراد العينة ذوي الوزن الطبيعي وبين المصابين بزيادة الوزن أو السمنة فإن الفئة الأخيرة كانوا أقل أداء للنشاط البدني، كما أنهم أقل استهلاكاً لوجبة الإفطار والفاكهة والخضار والحليب من ناحية نظامهم الغذائي، وهذه النتيجة على خلاف ما أظهرته دراسة (Janssen. et al.. 2004) من عدم وجود ارتباط واضح بين العادات الغذائية وقياسات زيادة الوزن والسمنة.

هناك ما يقارب ٦٥٪ من أفراد العينة يتناولون وجبات سريعة بمعدل يومين أو أكثر خلال الأسبوع، وذلك قد يسهم في إصابتهم بزيادة الوزن والسمنة كما أشارت إليه دراسة (Anderson. et al.. 2011) من أن انتشار استهلاك الوجبات السريعة مرتبط بقوة مع السمنة.

كما أشارت الزهراني (٢٠٠٧) إلى أن عملية النضج الجنسي والنفسي للمراهق قد تنعكس على عاداته الغذائية، فقد يتناسى وجبة الإفطار، ويرفض تناول أنواع من الأطعمة كنوع من إثبات الذات، ويتأثر بأصدقائه فتراه يفضل تناول الوجبات السريعة.

بالنسبة للسؤال الثالث: ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب

المرحلة الثانوية مع وعيه الغذائي بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

إن الثقافة الغذائية ليست عالية لدى أفراد العيّنة، حيث إن غالبية الطلاّب بنسبة ٥٥٪ نادراً ما يهتمون بقراءة ملصقات المكونات الغذائية على عبوات الأطعمة قبل شرائها أو لا يهتمون بقراءتها، كما أن نصف الطلاّب تقريباً نادراً ما يتجنبون الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية أو أنهم لا يتجنبونها أبداً، كما لوحظ أن الطلاّب أصحاب الوزن الطبيعي هم الأكثر التزاماً في قياس أوزانهم للحفاظ على وزنهم المثالي، وكل ذلك قد يسوقهم إلى عادات غذائية غير صحية تؤدي بهم إلى زيادة الوزن والسمنة، كما أكدته دراسة (Triches & Giugliani. 2005) من أن درجة الثقافة الغذائية تؤثر على الارتباط بين السمنة والعادات الغذائية لدى الأطفال، فالأطفال الأكثر معلومات بالتغذية لديهم عادات غذائية صحية أكثر.

أما بالنسبة للسؤال الرابع: ما علاقة الصفّ الدراسي الذي ينتمي له طالب المرحلة الثانوية مع نشاطه البدني بحسب مؤشّر كتلة الجسم لديه؟

كذلك فإن النشاط البدني متدني لدى أفراد العيّنة، حيث إن ربع أفراد العيّنة لا يمارسون أنشطة بدنية أخرى غير التي سبق ذكرها، في حين ذكر ٣٦٪ منهم أنهم يمارسون أنشطة أخرى بشكل منتظم، وذلك قد يفسر الارتفاع في معدلات السمنة لدى الطلاّب، كما أشارت إليه دراسة (Donnelly. et al.. 2009) من أن زيادة مدة الاشتراك في الأنشطة البدنية داخل المدرسة يسهم في تحسين مؤشّر كتلة الجسم لدى الطالب، ودراسة (Labban. 2014) التي كشفت عن وجود ارتباط عكسي بين النشاط البدني وزيادة الوزن والسمنة، وقد يكون طبيعة المناخ الصحراوي في دولة الكويت (حار صيفاً بارد شتاءً) له تأثير على خفض النشاط البدني كما كشفت عن ذلك دراسة (Al-Nuaim. et al.. 2012).

وقد لوحظ أن طلاّب الصف الحادي عشر الأعلى في مؤشّر كتلة الجسم يمارسون رياضة (ركوب الدراجة العادية أو دراجة الجهد المنزلية) بشكل أكبر من نظرائهم الأقل في مؤشّر كتلة الجسم، وقد يكون تفسير ذلك سعيهم للتخلص من الوزن الزائد باستخدام هذا النوع من الرياضة، حيث أظهرت دراسة (Teschke. et al.. 2012) أن التنقل بواسطة الدراجات يزيد النشاط البدني ويقلّل الوزن، كما تظهر المؤشرات الصحية أن البلدان الأعلى في مستويات المشي وركوب الدراجات لديها أدنى معدلات البدانة.

كما كان اتجاه الطلبة الذكور نحو الرياضات الجماعية وبالأخصّ كرة القدم، والمشي بالدرجة الثانية، كما تميزوا برياضة الحديد وكمال الأجسام، بينما اتجهت الطالبات نحو المشي والجري بالدرجة الأولى، وتميزن برياضات الرقص وباليوغا، وقد تفسر هذه التوجهات المختلفة بأن الطلاّب يفضلون ممارسة أنشطة رياضية تتناسب مع طبيعة جنسهم، وذلك ما أشارت إليه دراسة (Kren. et al.. 2012) من اختلاف الذكور عن الإناث في التفضيلات فيما يخص الرياضات الجماعية، بينما فضلت الإناث الأنشطة الإيقاعية والرقص أكثر من الذكور.

التوصيات والمقترحات:

ومن خلال ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية تقدم الباحثة المقترحات الآتية:

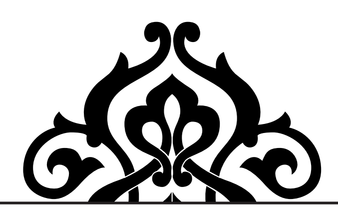
- **ضرورة تضافر جهود قطاع الصحة والتعليم للبحث في أسباب زيادة الوزن والسمنة لدى طلاب المدارس، والعمل على علاجها.**
- **العمل على إجراء بحوث ودراسات من نفس النوع على بقية المناطق التعليمية بدولة الكويت، والتركيز على خريجي المرحلة الثانوية في مرحلة**

الدراسة الجامعية.

• نشر الوعي الغذائي والثقافة الصحية مسؤولية وطنية يتحملها الجميع وعلى رأسهم وسائل الإعلام، كذلك ضرورة توعية الأسر بالمشاكل الصحية والاجتماعية الناجمة عن زيادة الوزن لدى أبنائها.

• ضرورة توفير جميع الإمكانيات والدعم لتشجيع طلاب المدارس على أداء نشاط بدني بشكل يومي منتظم، مع مراعاة الفروق بين الجنسين في الأنشطة الرياضية التي يفضلونها بما يسهم في تعزيز النشاط البدني لدى كليهما.

• توجيه طلاّب المدارس نحو المشي وركوب الدراجات كوسائل نقل يومية وعدم الاعتماد الكامل على الوسائل الآلية.



الفصل الثالث

أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في تغيير نمط حياتهم في دولة الكويت

منى بدر دشتي

أطروحة مقدمة لكلية الدراسات العليا بجامعة الكويت لاستيفاء جزء من متطلبات درجة الماجستير ٢٠١٨

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المقدمة:

يلعب التعليم دورا مهما في تغيير سلوكيات الأفراد وعاداتهم، وتغيير أسلوب ونمط حياتهم، فالمتعلمون يميلون إلى الأخذ بالاختيارات الأفضل خاصة فيما يتعلق بصحتهم عند مواجهة المخاطر الصحية.

وقد جاء في تقرير الأمم المتحدة في عام ٢٠٠٣ حول السكان والتعليم والتنمية «ونظرا للعلاقات الوطيدة بين التعليم والصحة والوفيات، فإن الآثار التي يحدثها التعليم في الصحة والوفيات هي آثار حادة».

ففي دراسة أجراها الدكتور (Patrick et al, 2015) وضح بأنه بالإمكان حفظ الآلاف من الأرواح ومنع وفاتهم من خلال تحسين وتطوير التعليم، حيث أشار أنه بالإمكان تجنب ١٥٤,٢٤٣ حالة وفاة في عام ٢٠١٠ في حال قام هؤلاء باستكمال مسيرتهم التعليمية، حيث أن هذا الرقم مقارب لأعداد الوفيات سنويا نتيجة التدخين، وأن المزيد من الوعي حول أهمية التعليم من شأنه رفع جودة الحياة لدى مختلف الأفراد.

وحسب ما نشرته منظمة الصحة العالمية يعد السرطان ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، فقد تسبب هذا المرض في وفاة٨,٨ مليون شخص في عام ٢٠١٥.

ويعزو العلماء انتشار السرطان إلى عدة عوامل أبرزها التلاعب بالجينات الوراثية في المواد الغذائية، والاستخدام المفرط للمواد الحافظة والأصباغ غير المجازة في الأطعمة، فضلا عن التدخين والأغذية السريعة، بالإضافة إلى المخلفات

الصناعية الإشعاعية والنووية التي غالبا ما تدفن في أراضي وبحار العالم الثالث، ولعل هذا ما قد يفسر انتشار أمراض السرطان في دولة الكويت بشكل لافت بعد التحرير من الحرب العراقي الغاشم عام ١٩٩٠، نتيجة استخدام اليورانيوم المنضب في الأسلحة، وأثره على صحة المواطنين.

وقد أشارت تقارير وزارة الصحة في دولة الكويت في الآونة الأخيرة إلى أن مرض السرطان يعد السبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب والجهاز الدوري. فقد جاء في آخر تقرير سنوي لسجل السرطان في دولة الكويت (Kuwait Cancer Registry Annual Report, 2013)، أن عدد حالات السرطان التي تم تشخيصها في ذلك العام هي ٢٢٣٣ حالة، انقسمت إلى ١٠٦٩ حالة بين الكويتيين و١١٦٤ حالة بين غير الكويتيين، وقد بلغت عدد حالات سرطان الثدي ٥٠٤ حالة متبوعة في العدد بحالات القولون والمستقيم حيث بلغت ٢١١ حالة، في حين بلغت حالات الإصابة بسرطان الغدة الدرقية ١٦٥ حالة، وسرطان الدم ١٣٥ حالة، وسرطان الغدد الليمفاوية غير هودجن ١٣٠ حالة.

لذا تولي دولة الكويت عناية شديدة بمرضى السرطان، نظرا لانتشار مرض السرطان في السنوات الأخيرة، فقد خصصت الدولة عدة مراكز تهتم بمرضى السرطان وهي: مركز الكويت لمكافحة السرطان، والذي يضم عدة مراكز تخصصية وهي كالتالي: مركز حسين مكي جمعة للجراحة التخصصية، مركز الشيخة بدرية الأحمد للعلاج الكيماوي والخلايا الجذعية، ومركز فيصل سلطان بن عيسى للتشخيص والعلاج الإشعاعي، مركز الرعاية التلطيفية، مركز يعقوب بهبهاني للخلايا الجذعية والمختبرات، وأيضا هناك مستشفى البنك الوطني لعلاج الأطفال.

إلى جانب الحملات التوعوية واللجان الخيرية والتطوعية مثل: الحملة الوطنية للتوعية بمرض السرطان «كان»، الجمعية الكويتية لمكافحة السرطان والتدخين، رابطة حياة لرعاية مرضى السرطان، مبرة الدعم الإيجابي لمرضى السرطان، مركز الإسراء لمكافحة السرطان.

ومما لاشك فيه أن عادات الأفراد الغذائية والسلوكية، كممارسة التمارين الرياضية، والتقليل من الأطعمة الدسمة، والامتناع عن التدخين والكحول، والفحص الدوري، والتي تعد رباعي الإنقاذ من خطر الإصابة بالسرطان، تتأثر بشكل أو بآخر بمستواهم التعليمي.

لذا تسعى هذه الدراسة لمعرفة ذلك الأثر في تغيير نمط حياة الأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان.

مشكلة الدراسة:

تشير التقارير الدولية حول التنمية البشرية إلى أن الدول التي تعاني من تدهور في مؤشر التعليم تشهد تدنيا مقابلا في مؤشر الصحة، وأن التحسن في المستوى التعليمي يقترن بتحسن المستوى الصحي.

وعلى الرغم من أن دولة الكويت تولي اهتماما واضحا بالصحة والتعليم، مما يفسر الارتفاع الواضح في مؤشر التنمية البشرية لها، حسب ما جاء في تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، حيث أحرزت دولة الكويت المركز ٤٦في مؤشر التنمية البشرية لعام ٢٠١٤ من بين ١٨٦دولة في العالم، وسجلت أعلى نسبة لمؤشر التنمية البشرية في ذلك العام بنتيجة ٠,٨٢، في حين سجلت أدنى نتيجة ٠,٧٠في عام ١٩٨٠، إلا أن نسبة الأمراض المرتبطة بنمط الحياة كأمراض القلب والسكري

والسرطان زادت في الآونة الأخيرة.

إن من الأسباب الرئيسية للإصابة بمرض السرطان التحول الذي طرأ على نمط حياة الأسر، ففي السابق اعتادت الغالبية على النمط الغذائي النباتي، أما في الوقت الحاضر فإن معدل تناول اللحوم الحمراء المليئة بالدهون قد ازداد بشكل يومي، خاصة مع انتشار الوجبات السريعة، وكذلك تناول السكريات بدلا من الفاكهة والخضروات، وقلة النشاط البدني، وارتفاع كتلة الجسم، والتدخين، مما يرفع خطر الإصابة بمرض السرطان.

لذا فإن مشكلة البحث مركبة، ذات أبعاد مترابطة جدليا وعمليا، ومكملة لبعضها البعض، فالتنمية مرتبطة بمؤشري التعليم والصحة، والتعليم يعتبر مؤشرا لنمط الحياة.

أسئلة الدراسة:

السؤال الرئيسي: ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في دولة الكويت في تغيير نمط حياتهم؟ وتتفرع منه الأسئلة التالية:

١- ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على عاداتهم الغذائية قبل/ بعد المرض؟

٢- ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على نشاطهم البدني قبل/ بعد المرض؟

٣- ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على عاداتهم البيئية قبل/ بعد المرض؟

٤- ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على ثقافتهم الصحية قبل/ بعد المرض؟

٥- ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في تغيير نمط حياتهم بناء على متغيري (الجنس، العمر)؟

أهمية الدراسة:

إيمانا منا بأهمية التعليم، وأثره على كافة جوانب الحياة ودوره الفعال في تحقيق التنمية البشرية، تأتي هذه الدراسة متزامنة مع الجهود العالمية التي تنادي بمعالجة قضايا المجتمع وتحقيق التنمية البشرية من خلال مؤشري التعليم والصحة، وتنطلق أهمية هذه الدراسة مما يلي:

١- دعم الجهود الدولية لمكافحة السرطان وإيجاد سبل للتخفيف من العبء المحلي والعالمي المتصل بانتشار مرض السرطان.

٢- تعد هذه الدراسة إثراء للمكتبة العربية، والتي تعاني نقصا واضحا في الدراسات التي تربط بين التعليم والصحة.

٣- يعد تناول موضوع نمط الحياة موضوعا حيويا، يبرز من خلاله أثر التعليم على حياة الأفراد.

٤- لفت انتباه الأفراد إلى أن الوقاية خير من العلاج، وضرورة تغيير نمط حياتهم من خلال تغيير عاداتهم الغذائية والسلوكية.

٥- استرعاء انتباه المؤسسات الصحية إلى تكثيف عمل الحملات التوعوية لنشر الثقافة الصحية للوقاية من مرض السرطان.

٦- يمكن أن تسهم هذه الدراسة في مساعدة صناع القرار في وزارتي التربية والصحة لوضع خطط وبرامج توعوية للوقاية من الأمراض المرتبطة بنمط الحياة.

أهداف الدراسة:

١- التعرف على أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في دولة الكويت على كلا من عاداتهم الغذائية والبيئية ونشاطهم البدني وثقافتهم الصحية.

٢- التعرف على أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في تغيير نمط حياتهم بناء على متغيري(الجنس، العمر).

مصطلحات الدراسة:

قد عرفت الباحثة مصطلحات الدراسة إجرائيا كما يلي:

المستوى التعليمي: هو آخر مؤهل يتم الحصول عليه ويحدد مستوى المعارف والكفايات التي تعلمها الفرد، ابتداء من مراحل التعليم الأساسي انتهاء بالدكتوراه.

تاريخ عائلي لمرض ما: حالات الإصابة المتكررة بمرض ما في نفس السلالة العائلية نتيجة مجموعة من العوامل المشتركة مثل: الجينات، والبيئة المحيطة، ونمط الحياة، والتي تعطي مؤشرا لمدى قابلية الفرد للإصابة بنفس المرض.

مرض السرطان: مجموعة من الأمراض التي يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم، ويشار إليها أيضا بالأورام الخبيثة، والتي تنتج من نمو وتكاثر الخلايا عشوائيا.

نمط الحياة: أسلوب المعيشة التي يختارها الفرد وكيفية تعامله مع الآخرين وتفاعله مع البيئة المحيطة، وهي نموذج متكامل الأنشطة والاهتمامات والسلوكيات اليومية التي قد تكون صحية أو غير صحية.

الفصل الثاني: الإطار النظري

الإطار النظري:

العلاقة بين التعليم والصحة:

تعد المعادلة الرياضية التي وضعها كلا من (Cutler, Muney, 2006) أساسا لمعرفة العلاقة بين التعليم والصحة:

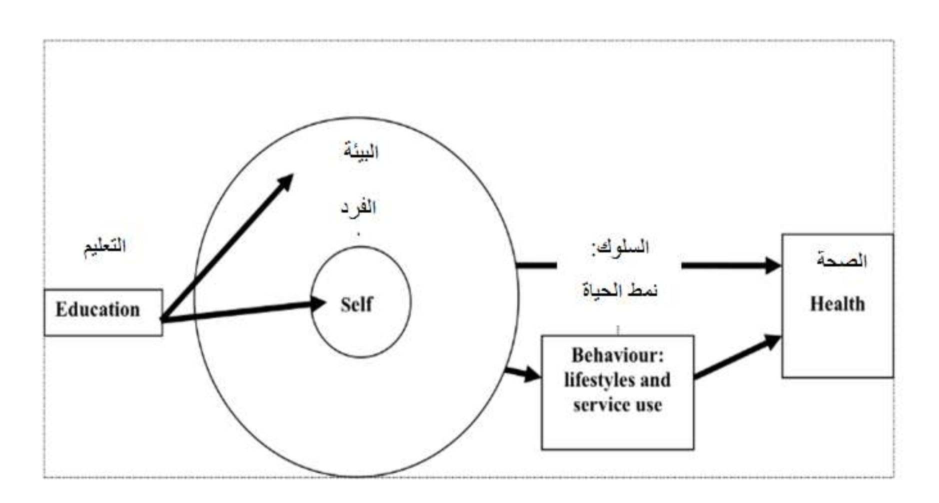
$$H_i = c + \beta E_i + X_i \delta + \varepsilon_i$$

حيث H_i هو مقياس الصحة أو السلوك الصحي، أما E_i فتعبر عن السنوات التي أنهاها الفرد في التعليم، و X_i تشمل الخصائص الفردية كالعرق والجنس والعمر، c هو مصطلح ثابت، و ε هو مصطلح الخطأ، إن معامل التعليم β يشار إليه أيضا باسم (التدرج التعليمي)، ويقيس تأثير سنة أخرى من التعليم على مقياس معين للصحة.

فمن خلال المعادلة السابقة يمكن التوصل إلى نتيجة مفادها أن الصحة الجيدة هي ناتج من نواتج التعليم الجيد.

ومما لاشك فيه أن الأشخاص المتعلمين بشكل جيد يميلون إلى ممارسة الرياضة بانتظام واتباع حمية غذائية متوازنة ويحافظون على إجراء الفحوص الدورية، كذلك فإنهم غالبا يكونون غير مدخنين وبطبيعة الحال فان كل ذلك يؤدي قطعا إلى صحة أفضل. ومن جهة أخرى نجد العكس تماما فإن الأشخاص الذين يملكون تعليما متدنيا غالبا يكونون مدخنين ولا يمارسون الرياضة بانتظام، ويهملون عمل الفحوصات الدورية ولا يهتمون بنوعية الطعام الذي يتناولونه مما يؤثر بشكل مباشر على صحتهم (Brunello, Fort, Shneeweis, ember, 2011).

إن علاقة التعليم بالصحة هي علاقة غير مباشرة، إلا أن الفرد يتأثر بالبيئة التي يعيش فيها، والتي بدورها تؤثر على سلوكياته وأسلوب معيشته وممارسته للعمل، والتي تشكل نمط حياته مما يؤثر على صحته، كما يظهر لدينا في النموذج التالي المفاهيم المؤثرة على الصحة:



شكل (١) نموذج يوضح المفاهيم الرئيسية لتأثيرات التعليم على الصحة
(**Feinstein et al**, 2006, p188)

ويشير (Feinstein et al, 2006) إلى آثار التعليم على الصحة والتي منها: نسبة الوفيات، والصحة العقلية والجسدية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتأثير تعليم الوالدين على صحة أطفالهم، وكذلك على السلوكيات الصحية عن طريق الوقاية من أعلى سبع سلوكيات خطرة على الصحة والمتمثلة بكل من: (التدخين، تناول الكحول، ارتفاع كتلة الجسم، سوء التغذية بقلة استهلاك الفاكهة والخضار، الخمول البدني، المخدرات غير المشروعة، والجنس الغير آمن).

كذلك تعد الخلفية الثقافية للعائلة من الآثار الواضحة للتعليم على الصحة،

إذ تؤثر تلك الثقافة على صحة أفرادها، حيث تهتم بعض العائلات بالتعليم وتحث أبنائها عليه، على عكس بعض العائلات الأخرى التي قد لا تعطي التعليم أولوية في حياتها أو حياة أبنائها.(Chou, Liu, Grossman, Joyce, 2007)

إن العلاقة بين التعليم والصحة علاقة واضحة ولا خلاف عليها، حيث أن الفرد الذي يتمتع بتعليم جيد تكون صحته أفضل وتقل إصابته بالأمراض بشكل عام والأمراض المزمنة بشكل خاص. على العكس تماما فإن الأشخاص الذين لديهم تعليم ضعيف فإنهم يعانون من صحة ضعيفة مقارنة بنظرائهم. كذلك الحال فإن الأشخاص المتعلمين عادة تكون نسب وفاتهم أقل من أولئك الذين يملكون تعليم غير جيد.(Baker et al, 2011)

أما (Cutler, Muney, 2006) فقد أشارا إلى أهم آثار التعليم على الصحة، ويمكن تلخيصها في عدة نقاط كما يلي:

١- الدخل، والحصول على الرعاية الصحية: يمكن للتعليم أن يحسن من دخل الفرد وحصوله على موارد مالية جيدة متمثلة في العائد الخاص من التعليم، مما يجعله ينفق أكثر في سبيل الحصول على رعاية صحية.

٢- سوق العمل: يتوقع في العادة حصول الأفراد الأكثر تعلما على وظائف جيدة وتدر عائدا معتبرا، بالإضافة إلى توفر بيئة عمل أكثر أمن وسلامة.

٣- الحصول على المعلومات والخبرة المعرفية: يسهم التعليم في تمكين الفرد من الحصول على المعلومات الضرورية وتحسين مهاراته فيما يتعلق بصحته.

٤- المنزلة الاجتماعية: قد يؤثر التعليم على الصحة من خلال تأثيره على

الفرد المتعلم أو موقعه داخل المجتمع، حيث يفترض أن يكون الأفراد الذين ينتمون للطبقات الاجتماعية الدنيا أكثر عرضة للأمراض النفسية كالقلق والإحباط، بسبب ما يتلقونه من معاملة ممن يعتبرون أنفسهم أفضل منهم منزلة، على خلاف المتعلمين الذين يحظون بمكانة اجتماعية لائقة تكسبهم التقدير الذاتي، مما يجنبهم الأعراض النفسية التي تؤثر على صحتهم.

٥- العلاقات الاجتماعية: ثمة نظرية تؤكد على أهمية نظم الدعم الاجتماعي، فالأفراد الأكثر تعليما لهم شبكات اجتماعية واسعة، توفر لهم مختلف أوجه الدعم المادي والمعنوي، وهي أسباب تؤثر على الجانب الصحي بشكل ايجابي.

العلاقة بين نمط الحياة والصحة:

لنمط الحياة أثر بالغ على الصحة من خلال اختياراتنا اليومية للأغذية وتعرضنا لمؤثرات البيئة المحيطة ومصادر التلوث، فهناك نوع من الترابط بين الصحة ونمط الحياة، حيث أن هناك أمراض تعود الإصابة فيها بالغالب إلى تغيرات في نمط الحياة، كالقلب والسكري وبعض أنواع السرطان، فسرطان الرئة يسببه التدخين، وسرطان المستقيم والقولون ينتج من العادات الغذائية السيئة.

ومن المرجح أن يختار الناس الأفضل تعليما أنماط حياة أكثر صحة، ويعود ذلك جزئيا إلى أن العائدات المستقبلية للسلوك الصحي (من حيث كل من الصحة وأرباح العمر) أعلى بالنسبة إلى المتعلمين تعليما أفضل، مما يؤدي بهم إلى زيادة الاستثمار في نمط حياة صحي.(Junho, 2014)

ويشير (Housh et al, 2012) إلى سبعة جوانب أساسية ترتبط بأسلوب حياة الفرد وتؤثر على حالته الصحية وتتضمن:

- التدخين Smoking
- الوزن المثالي Weight in relation to desirable standards
- تعاطي الكحوليات Use Of Alcohol
- ساعات النوم Hours Of Sleep
- تناول وجبة الإفطار Break Fast Eating
- انتظام وجبات الطعام Regularity Of Meals
- النشاط البدني Physical Activity

ومن خلال مراجعة الباحثة لعدد من الدراسات المتخصصة في مجال الصحة، تم تحديد أبعاد نمط الحياة والتي تمثلت فيما يلي:

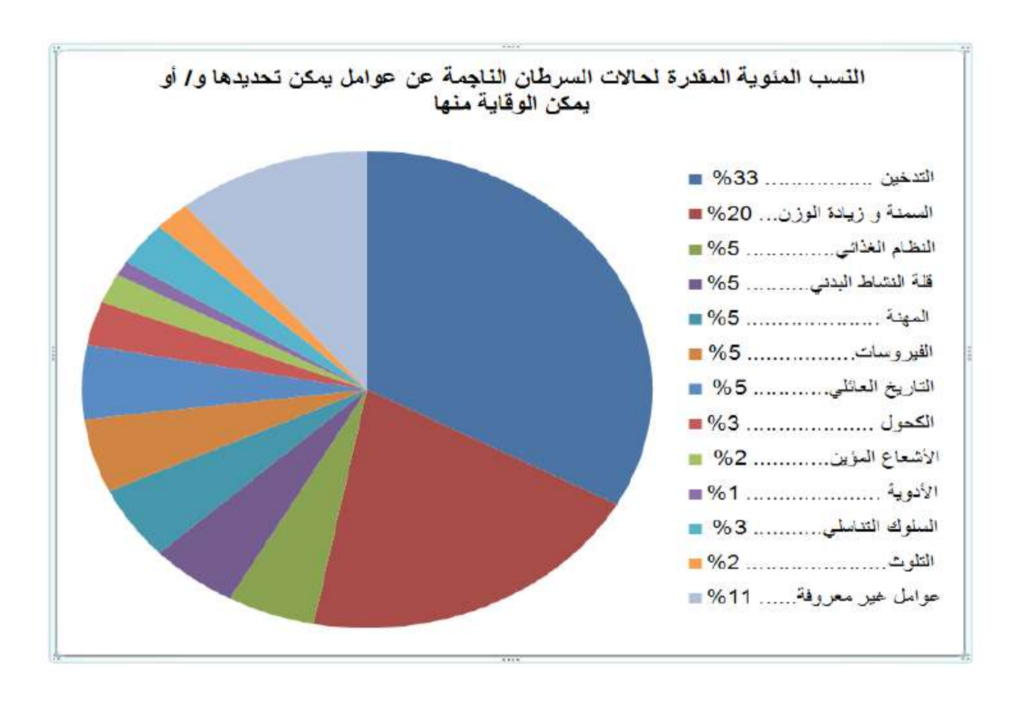
١- **العادات الغذائية**: والتي تعبر عن «السلوك الإنساني المتبع في اختيار الطعام وإعداده وتناوله وتطوره نتيجة تأثيرات بيئية وحضارية واقتصادية واجتماعية ونفسية».(الشاوي،١٩٩٢،ص١٣٣)، وقد لوحظ أن نمط الاستهلاك الغذائي والعادات الغذائية للأسرة يتأثر بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات ويؤثر تأثيراً كبيراً على الوعي الغذائي لهنّ. (الزهراني، ٢٠٠٧)

٢- **النشاط البدني**: «هو كل حركة جسمية تؤديها العضلات الهيكلية وتتطلب إنفاق كمية من الطاقة».(http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/ar/)

٣- **العادات البيئية**: وتتمثل بمدى تعرض الفرد لمؤثرات المحيط الخارجي سواء بالتدخين أو التدخين السلبي، أو التعرض للإشعاع، أو استخدام المستحضرات الكيميائية..الخ من سلوكيات وأنشطة وتفاعل مع البيئة، كذلك ظروف المهنة واختيار بيئة السكن.

٤ – **الثقافة الصحية**: والتي تعرف بأنها «عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية» (بدح، ٢٠١٠) وآخرون. هذا وقد جاء في تقرير منتدى إيصال الرسائل المعقدة بشأن الصحة التابع لمؤتمر (Wish, 2015) مصطلح «الثقافة الصحية» إلى قدرة الفرد على استقبال المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة وتحليلها واستيعابها لاتخاذ قرارات صحية ملائمة. أي قدرته على اتخاذ قرارات صحية سليمة في سياق حياته اليومية في المنزل، والمجتمع، والعمل، والسوق، وضمن نظام الرعاية الصحية، وفي المجال السياسي. باختصار يمكننا أن نطلق على الثقافة الصحية بأنها الأثر المعرفي للتعليم على السلوك الصحي، حيث تعد ثقافة الفرد الصحية وثقافة المجتمع السائد بعدا أساسيا من أبعاد نمط الحياة.

أما فيما يخص مرض السرطان والذي يعد موضوع البحث، فهناك عوامل مسئولة عن الإصابة بمرض السرطان وأخرى مجهولة حسب ما وضحته الرابطة الأمريكية لأبحاث السرطان، كما هو موضح بالشكل (٢) التالي:



شكل (٢) مخطط بياني يوضح النسب المئوية المقدرة لحالات السرطان الناجمة عن عوامل يمكن تحديدها و/ أو يمكن الوقاية منها

(American Association for Cancer Reaserch (AACR)

Cancer Progress Report 2012)

إلا أنه يمكن تقليل خطر الإصابة بالسرطان من خلال اتباع نمط الحياة الصحي، فقد أشارت العديد من الدراسات بأن السلوكيات مثل سوء اختيارات النظام الغذائي وقلة النشاط البدني واستهلاك الكحول الزائد وزيادة وزن الجسم يمكن أن يتسبب في أكثر من ٢٠٪ من حالات السرطان، ويمكن منعها من خلال تعديل نمط الحياة، كما جاء في (التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة،٢٠١٠)، بأن الانتظام في النشاط البدني يقلل خطر الإصابة ببعض أنواع السرطان مثل سرطان القولون، وسرطان الثدي.

الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية

المنهج والإجراءات:

يتضمن هذا الفصل وصف حدود الدراسة وعرض مفصل لمجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وطرق التحقق من صدق وثبات الأداة، إضافة إلى إجراءات الدراسة، ومتغيرات الدراسة، وأخيرا عرض لأهم المعالجات الإحصائية بناء على أسئلة الدراسة لتحليل البيانات.

أولا: حدود الدراسة:

للدراسة الحالية حدود رئيسية تتمثل في:

الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على الأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان، ممن لهم صلة قرابة من الدرجة الأولى بمرضى السرطان المتواجدين في مركز الكويت لمكافحة السرطان فقط.

الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال شهري إبريل ومايو من عام ٢٠١٧.

ثانيا: منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي للكشف عن أثر متغير المستوى التعليمي في تغيير نمط حياة الأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان.

ثالثا: مجتمع الدراسة وعينته:

يتكون مجتمع الدراسة من الأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في دولة الكويت.

عينة الدراسة:

اشتملت العينة على (٢٣٢) من الأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في دولة الكويت، والجدول رقم (١) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة:

المتغير الديموجرافي	أقسام المتغير الديموجرافي	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	٩١	٣٩,٢٪
	أنثى	١٤١	٦٠,٨٪
	المجموع	٢٣٢	١٠٠,٠٪
المستوى التعليمي	دون المتوسط	٢١	٩,١٪
	متوسط	٢٧	١١,٦٪
	ثانوي	٢٢	٩,٥٪
	دبلوم	٥٧	٢٤,٦٪
	جامعي	٩١	٣٩,٢٪
	دراسات عليا	١٤	٦٪
	المجموع	٢٣٢	١٠٠,٠٪
العمر	من ٢١ سنة إلى ٢٥ سنة	١٩	٨,٢٪
	من ٢٦سنة إلى ٣٠ سنة	٢٨	١٢,١٪
	من ٣١سنة إلى ٣٥ سنة	٤٦	١٩,٨٪
	من ٣٦ سنة إلى ٤٠ سنة	٤٤	١٩,٠٪
	٤٥ سنة وما فوق	٩٥	٤٠,٩٪
	المجموع	٢٣٢	١٠٠,٠٪

جدول(١) توزيع العينة حسب المتغيرات الديموجرافية لأفراد العينة:
(الجنس– المستوى التعليمي– العمر)

يلاحظ من الجدول(١) أن العينة مقسمة حسب الجنس إلى ما يقارب من ٤٠٪

ذكور و٦٠ ٪ إناث، ومن حيث المستوى التعليمي يلاحظ أن الأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان من أصحاب المستوى الجامعي كانوا الأعلى بالعينة بنسبة ٣٩٪ تقريبا، يليهم أصحاب مستوى الدبلوم بما يقارب ٢٥٪، ومن بعدهم يأتي أصحاب المستوى المتوسط بنسبة تقارب١٢٪، ومن بعد ذلك يأتي أصحاب المستوى الثانوي وكذلك أصحاب المستوى دون المتوسط بنسبة تقارب ١٠٪ و ٩٪ على الترتيب، ويأتي أخيرا حاملو شهادات الدراسات العليا بنسبة مئوية لا تزيد عن ٦٪.

رابعا: متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية (الجنس - المستوى التعليمي–العمر).

خامسا: أداة الدراسة:

قامت الباحثة ببناء وتصميم استبانة لقياس (أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان في تغيير نمط حياتهم)، وذلك بعد الاطلاع على الدراسات السابقة التي تربط بين (التعليم، نمط الحياة، الصحة)، وحصرت أهم الأبعاد المكونة لنمط الحياة والتي لها علاقة في الوقاية من مرض السرطان، كالعادات الغذائية والنشاط البدني والعادات البيئية والثقافة الصحية، وقد تضمنت الاستبانة في صورتها الأولية على٤٨ عبارة، وبعد عرضها على مجموعة من الأساتذة المحكمين في كلية التربية بجامعة الكويت، ومجموعة من الأطباء في مركز الكويت لمكافحة السرطان، للاستفادة من خبرتهم وملاحظاتهم، تم تعديل صياغة بعض العبارات، وإضافة وحذف عبارات أخرى، وأخيرا تم إخراج الاستبانة بصورتها النهائية، والتي تضمنت على ٥٦ عبارة، موزعة على أربعة محاور كالتالي:

المحور الأول: أثر المستوى التعليمي على العادات الغذائية يتضمن (٢١ بندا).

المحور الثاني: أثر المستوى التعليمي على النشاط البدني (٨ بنود).

المحور الثالث: أثر المستوى التعليمي على العادات البيئية (٩ بنود).

المحور الرابع: أثر المستوى التعليمي على الثقافة الصحية (١٥ بندا) بالإضافة إلى ثلاثة أسئلة حول الفحوصات الطبية التي تم إجراءها.

الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

نتائج الدراسة:

سيتم استعراض النتائج بناء على أسئلة الدراسة:

السؤال الأول: ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على عاداتهم الغذائية قبل/ بعد المرض؟

	بنود محور العادات الغذائية	المستوى التعليمي											
		دون المتوسط		متوسط		ثانوي		دبلوم		جامعي		دراسات عليا	
		قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
١	أعتقد أن بعض الأغذية قد تسبب مرض السرطان.	٢,٦٧	٢,٨٦	٣,٠٠	٣,٣٠	٢,٨٢	٣,٤١	٢,٩٥	٣,٣٩	٣,٢٤	٣,٥٩	٣,١٤	٣,٧٩
٢	أعتقد أن بعض الأغذية قد تساعد في الوقاية من مرض السرطان.	٢,٧١	٢,٩٥	٣,٥٩	٣,٧٠	٣,٣٦	٣,٦٨	٣,٤٤	٣,٧٥	٣,٤٤	٣,٩٢	٣,٢١	٣,٧٩
٣	أتناول أكثر من ٣ حصص من الخضروات والفواكه يوميا.	٤,٠٠	٤,٠٥	٣,٠٧	٣,٣٠	٣,٠٩	٣,٥٠	٣,١١	٣,٧٤	٣,٦٢	٤,٠١	٣,٧١	٤,٥٠
٤	أتناول أطعمة غنية بالألياف(الحبوب- الأرز الأسمر- الشعير- الشوفان- العدس- الفاصوليا...).	٣,٧١	٤,٠٠	٣,٩٦	٤,٠٤	٣,٤٥	٣,٥٥	٣,٦٠	٤,٢٣	٣,٦٦	٤,٢١	٣,٦٤	٤,٢٩
٥	أتناول الأسماك مرتين على الأقل أسبوعيا.	٤,٢٤	٤,٣٣	٣,٤٨	٣,٥٢	٤,٠٩	٤,٠٠	٣,٠٧	٣,٧٠	٣,٤٧	٣,٩٩	٤,٠٠	٤,٥٧

٦	أتناول أطعمة خالية من الألوان الصناعية.	٣,٤٣	٣,٥٧	٣,٩٣	٣,٩٣	٣,٤١	٣,٥٩	٣,٤٠	٣,٩١	٣,٤٦	٣,٩٧	٣,٤٣	٤,٢٩
٧	أتناول أطعمة مضادة للأكسدة(التوت- العنب الأحمر-شاي أخضر- زيت الزيتون- السبانخ- الشوكولاتة الداكنة).	٣,٠٠	٣,٣٣	٣,٠٤	٣,٦٧	٣,٥٠	٤,٠٥	٣,٤٤	٤,٠٩	٣,٥٩	٤,٢٠	٣,٧٩	٤,٥٠
٨	أطعمتي عضوية (أطعمة لا تتضمن مدخلات صناعية مستحدثة غير طبيعية من مبيدات حشرية وسماد كيماوي).	٢,١٠	٢,٢٤	٣,٣٧	٣,٤٤	٣,١٨	٣,٥٥	٣,١١	٣,٥٦	٣,٢٤	٣,٧٧	٣,٧١	٤,٢٩
٩	أتجنب تناول أغذية غنية بالدهون.	٣,٥٢	٣,٧٦	٣,٤٨	٣,٨٥	٣,٣٦	٣,٩٥	٣,٢٥	٣,٩١	٣,٥٥	٤,٠٠	٣,٥٧	٤,٠٠
١٠	أتجنب تناول الوجبات السريعة.	٤,٠٥	٤,٣٣	٣,٠٧	٣,٣٣	٣,٣٢	٣,٧٣	٣,٠٠	٣,٦١	٣,٦٤	٤,٠٧	٣,٨٦	٤,٣٦
١١	أتجنب تناول الأجزاء المتفحمة من الأطعمة المشوية.	٣,٣٣	٣,٧١	٣,٧٠	٤,٠٤	٣,٦٨	٤,١٤	٣,٤٠	٣,٩٨	٣,٤٥	٤,٠٤	٣,٤٣	٤,٢٩
١٢	أتجنب تناول اللحوم الحمراء أكثر من مرتين أسبوعيا.	٤,٠٥	٤,٢٤	٤,٠٧	٤,٤١	٣,٣٢	٣,٨٢	٣,٥٤	٣,٨٩	٣,٤٧	٤,٠٣	٣,٤٣	٤,١٤
١٣	أتجنب السكريات والمحليات الاصطناعية بكثرة.	٣,٢٩	٣,٦٢	٣,٦٧	٤,٠٧	٣,٠٩	٤,٠٠	٣,٢١	٣,٨٦	٣,٢٤	٣,٩٢	٣,٤٣	٤,٣٦
١٤	أتجنب تناول الأطعمة وشرب العصائر المعلبة التي تحتوي على مواد حافظة.	٣,٤٨	٣,٧١	٣,٥٢	٣,٩٦	٢,٩٥	٣,٥٩	٣,٠٩	٣,٨٤	٣,٤٢	٤,٠٢	٣,٣٦	٤,١٤
١٥	أتجنب تناول الكحول.	٤,٩٠	٤,٩٥	٤,٧٨	٤,٧٨	٤,٥٠	٤,٦٨	٤,٥٦	٤,٦٥	٤,٨١	٤,٧٣	٤,٩٣	٥,٠٠
١٦	أتجنب شرب المشروبات الساخنة في أكواب بلاستيكية.	٤,٣٣	٤,٤٣	٤,١١	٤,٥٩	٣,٥٠	٣,٩٥	٣,٣٩	٤,٠٥	٣,٥٦	٤,١٥	٣,٧١	٤,٥٧

١٧	أتجنب تسخين الخبز مع الكيس البلاستيكي في الميكرويف.	٤,٥٧	٤,٦٨	٤,١١	٤,٣٠	٣,٩١	٤,٤١	٤,٠٩	٤,٣٠	٤,٣٠	٤,٥١	٤,٦٨	٥,٠٠
١٨	أتجنب تسخين الأطعمة في أطباق بلاستيكية في الميكرويف.	٤,٦٧	٤,٧٦	٤,١٥	٤,٢٦	٤,٣٢	٤,٣٦	٤,٠٩	٤,٤٤	٤,٢٤	٤,٥٥	٤,٧٩	٤,٩٣
١٩	أهتم بنوعية زيت القلي.	٣,٦٧	٤,٠٥	٣,٢٢	٣,٨١	٣,٥٥	٣,٩١	٣,٨١	٤,٢٦	٤,٠٤	٤,٣٣	٤,٠٠	٤,٦٤
٢٠	أحرص على شرب مياه الصحة المعبأة بالعبوات الزجاجية فقط.(غير بلاستيكية)	١,٥٧	١,٧٦	٢,١٥	٢,١٥	٢,٣٢	٣,١٤	٢,٦١	٣,١٦	٢,٨١	٣,٤٢	٢,٩٣	٣,٦٤
٢١	أستخدم العسل بدلا من السكر.	٢,٢٤	٢,٤٣	١,٩٣	٢,١٩	٢,٢٧	٢,٧٧	٢,١١	٢,٥٤	٢,٤٦	٢,٩٢	٢,٤٣	٣,١٤
إجمالي المتوسط الحسابي للمحور ككل		٣,٥٠	٣,٧٢	٣,٥٠	٣,٧٤	٣,٦١	٣,٨٣	٣,٣٥	٣,٨٥	٣,٥٦	٤,٠٢	٣,٦٨	٤,٣٠
النسب المئوية للمحور ككل		٪٧٠	٪٧٤,٤	٪٧٠	٪٧٤,٨	٪٧٢,٢	٪٧٦,٦	٪٦٧	٪٧٧	٪٧١,٢	٪٨٠,٤	٪٧٣,٦	٪٨٦

جدول (٥): المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لبنود محور العادات الغذائية قبل/ بعد معرفة التاريخ العائلي لمرض السرطان، بناء على المستوى التعليمي:

يلاحظ من الجدول رقم(٥) ارتفاع المتوسط الحسابي لجميع المستويات التعليمية بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض، كذلك تظهر النتائج أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا كانوا أكثر من حيث المتوسط الخاص بالعادات السلوكية الغذائية الإيجابية من الأشخاص الذين يقل مستواهم التعليمي عن المستوى الجامعي بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض، عدا البند رقم(٢)، حيث كان متوسط حملة الشهادة الجامعية أعلى من متوسط حملة شهادة الدراسات العليا في الاعتقاد

بأن بعض الأغذية قد تسبب مرض السرطان، كذلك لوحظ في البند رقم(٩) تساوي متوسطي حملة الشهادة الجامعية مع متوسط حملة شهادة الدراسات العليا في تجنب الأغذية الغنية بالدهون، والحالة الوحيدة التي شذت هي في البند رقم(١٦)، حيث كان متوسط حملة الشهادة المتوسطة أعلى من متوسط شهادة الدراسات العليا في تجنب شرب المشروبات الساخنة في الأكواب البلاستيكية، وقد سجل حملة شهادة الدراسات العليا أعلى نسبة في بنود محور العادات الغذائية ككل بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض والتي بلغت ٨٦٪، يليها حملة الشهادة الجامعية ٨٠,٤٪، ثم حملة شهادة الدبلوم ٧٧٪، وتبعها حملة الشهادة الثانوية بنسبة ٧٦,٦٪، والشهادة المتوسطة ٧٤,٨ ٪، وأخيرا دون المتوسط ٧٤,٤٪، مما يؤكد أثر التعليم في رفع الوعي الغذائي لدى الأفراد.

أما فيما يخص بنود محور العادات الغذائية ككل، فقد لوحظ أن البند رقم(٢٠) والذي ينص على الحرص على شرب مياه الصحة المعبأة بالعبوات الزجاجية فقط. (غير البلاستيكية)، قد حصل أفراد العينة فيه على أقل المتوسطات الحسابية، مما يشير إلى انخفاض الوعي بذلك.

وعند عمل تحليل التباين (Anova) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور العادات الغذائية قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض يلاحظ ما يلي:

المقياس		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	الدلالة الإحصائية (p-value)
قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	٢,٥٣٧	٥	.٥٠٧	١,٧١٧	.١٣٢
	داخل المجموعات	٦٦,٧٧٨	٢٢٦	.٢٩٥		
	المجموع	٦٩,٣١٥	٢٣١			
بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	٤,٩٩٨	٥	١,٠٠٠	٣,١٩١**	.٠٠٨
	داخل المجموعات	٧٠,٨٠٦	٢٢٦	.٣١٣		
	المجموع	٧٥,٨٠٤	٢٣١			

جدول (٦): تحليل التباين (**Anova**) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور العادات الغذائية قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

** الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ١٪

يلاحظ من الجدول رقم(٦) أن اختبار(Anova) غير دال إحصائيا لمحور السلوكيات الغذائية حسب المستوى التعليمي لمفردات العينة قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض، وإنما الاختبار كان دالا إحصائيا عند مستوى دلالة ١٠٪ بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض.

(P- value =.01.> 008)

فيما يلي سيتم تطبيق اختبار دنكن للمتغيرات المتعددة لمعرفة الاختلاف بين المستويات التعليمية في السلوكيات الإيجابية الغذائية بعد التعرف على التاريخ العائلي للمرض:

المستوى التعليمي	حجم العينة	تجزئة المجموعات عند مستوى معنوية ٥٪	
		مجموعة (١)	مجموعة (٢)
دون المتوسط	٢١	٣,٧٢	
متوسط	٢٧	٣,٧٤	
ثانوي	٢٢	٣,٨٣	
دبلوم	٥٧	٣,٨٥	
جامعي	٩١	٤,٠٢	٤,٠٢
دراسات عليا	١٤		٤,٣٠

جدول (٧) اختبار دنكن (Duncan) للمقارنات المتعددة لمتوسطات العادات الغذائية بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي

يلاحظ من الجدول رقم(٧) أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا كانوا أكثر من حيث المتوسط الخاص بالعادات السلوكية الغذائية الإيجابية من الأشخاص الذين يقل مستواهم التعليمي عن المستوى الجامعي بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض.

السؤال الثاني: ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على نشاطهم البدني قبل/ بعد المرض؟

م	بنود محور النشاط البدني	المستوى التعليمي											
		دون المتوسط		متوسط		ثانوي		دبلوم		جامعي		دراسات عليا	
		قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
١	أعتقد أن السمنة قد تسبب مرض السرطان.	٢,٣٨	٢,٦٧	٢,٠٤	٣,١٥	٢,٣٢	٢,٨٦	٢,٣٢	٣,٠٥	٢,٥٨	٣,٢٤	٢,٩٣	٣,٣٦
٢	أعتقد أن ممارسة الرياضة تقي من مرض السرطان.	٣,٥٧	٣,٥٧	٢,٨٥	٣,٨٩	٢,٥٥	٣,٤٥	٣,٠٠	٣,٦٥	٣,٧٧	٤,١٤	٣,٧١	٤,٢١
٣	أمارس الرياضة بانتظام.	٢,٢٩	٢,٢٩	٣,١١	٣,٣٧	٢,٣٢	٣,٠٩	٢,٩٣	٣,٤٢	٣,٣١	٣,٨١	٣,٩٣	٤,٣٦
٤	أحرص على المحافظة على وزن مثالي.	٢,٣٨	٢,٥٢	٣,٣٠	٢,٥٢	٢,٩٥	٢,٢٧	٣,٢٩	٣,٧٨	٣,٧٥	٤,٢٥	٣,٨٦	٤,٢١
٥	أمشي لمدة ٢٠ دقيقة يوميا.	٢,٣٨	٢,٥٢	٢,٧٠	٣,٠٤	٢,٥٩	٢,٨٦	٣,٠٢	٣,٥٨	٣,٤٠	٤,٠١	٣,٥٧	٤,٠٠
٦	لا أعاني من الخمول والكسل.	٢,٧٦	٣,٠٥	٣,١١	٣,٣٧	٢,٩٥	٣,٢٧	٣,٤٢	٣,٨٩	٣,٢٤	٣,٨١	٣,٣٦	٤,٠٠
٧	لا أعاني من ارتفاع كتلة الجسم.	٢,٥٢	٢,٧١	٣,٠٠	٣,١١	٣,٣٢	٣,٦٤	٣,٤٦	٣,٧٤	٣,٤٣	٣,٩٦	٣,٧٩	٤,١٤

٨	أتجنب الجلوس طويلا في مكان واحد.	٣,٢٩	٣,٦٢	٣,٨٩	٤,٢٦	٤,١٤	٤,٢٧	٣,٦٨	٤,١٨	٣,٦٩	٤,٢٤	٣,٧١	٤,١٤
	إجمالي المتوسط الحسابي للمحور ككل	٢,٧٠	٢,٨٧	٣,٠٠	٣,٤٦	٢,٨٩	٣,٣٤	٣,١٥	٣,٦٧	٣,٤٠	٣,٩٣	٣,٦١	٤,٠٥
	النسب المئوية للمحور ككل	٥٤٪	٥٧,٤٪	٦٠٪	٦٩,٢٪	٥٧,٨٪	٦٦,٨٪	٦٣٪	٧٣,٤٪	٦٨٪	٧٨,٦٪	٧٢,٢٪	٨١٪

جدول (٨): المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لبنود محور النشاط البدني
قبل/ بعد معرفة التاريخ العائلي لمرض السرطان، بناء على المستوى التعليمي:

يلاحظ من جدول رقم(٨) ارتفاع مستوى وعي أفراد العينة بأهمية النشاط البدني قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض، حيث اقترن ارتفاع المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لبنود محور النشاط البدني ككل بارتفاع المستوى التعليمي لأفراد العينة، وقد سجل حملة شهادة الدراسات العليا في البنود الخاصة بمحور النشاط البدني أعلى نسبة والتي بلغت ٨١٪، أما أقل نسبة فقد سجلها الأفراد دون المتوسط بنسبة ٥٧,٤٪.

أما فيما يخص بنود محور النشاط البدني، فقد لوحظ أن البند رقم (١) والذي ينص على الاعتقاد بأن السمنة قد تسبب مرض السرطان فقد حصل على أقل المتوسطات الحسابية مقارنة بالبنود الأخرى، مما يدل على انخفاض الوعي بما قد تسببه السمنة من مخاطر.

وعند عمل تحليل التباين (Anova) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور النشاط البدني قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض يلاحظ ما يلي:

المقياس		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	الدلالة الإحصائية (p-value)
قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	١٤,٤١٢	٥	٢,٨٨٢	٦,٤٥٠**	.٠٠٠
	داخل المجموعات	١٠٠,٩٩١	٢٢٦	.٤٤٧		
	المجموع	١١٥,٤٠٣	٢٣١			
بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	٢٥,٤١٨	٥	٥,٠٨٤	١٠,١٩٢**	.٠٠٠
	داخل المجموعات	١١٢,٧٢٨	٢٢٦	.٤٩٩		
	المجموع	١٣٨,١٤٥	٢٣١			

جدول (٩): تحليل التباين (**Anova**) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور النشاط البدني قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

** الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ١٪

يلاحظ من الجدول رقم(٩) أن اختباري (Anova)كانا دالين إحصائيا لمحور النشاط البدني حسب المستوى التعليمي لمفردات العينة قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض وكذلك بعده، عند مستوى دلالة ١٪. (P–value = .٠٠٠ < .٠١).

فيما يلي سيتم تطبيق اختبار دنكن للمتغيرات المتعددة لمعرفة الاختلاف بين المستويات التعليمية في السلوكيات الإيجابية للنشاط البدني قبل وبعد التعرف على التاريخ العائلي للمرض:

المستوى التعليمي	حجم العينة	تجزئة المجموعات عند مستوى معنوية ٥ ٪			
		مجموعة (١)	مجموعة (٢)	مجموعة (٣)	مجموعة (٤)
دبلوم	٥٧	٢,٧٠			
ثانوي	٢٢	٢,٨٩	٢,٨٩		
متوسط	٢٧	٣,٠٠	٣,٠٠		
دون المتوسط	٢١		٣,١٥	٣,١٥	
جامعي	٩١			٣,٤٠	٣,٤٠
دراسات عليا	١٤				٣,٦١

جدول (١٠) اختبار دنكن (Duncan) للمقارنات المتعددة لمتوسطات النشاط البدني قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

يلاحظ من الجدول رقم(١٠) أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا أكثر من حيث متوسط سلوكيات النشاط البدني قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض من الأفراد الذين يقل مستواهم التعليمي عن المستوى الجامعي، وفي نفس الوقت يلاحظ أن متوسط تلك السلوكيات الخاصة بالأفراد من ذوي الشهادة الجامعية أفضل من أصحاب المستويات التعليمية التي تقل عن الدبلوم، وفي نفس الوقت يلاحظ أن متوسط هذه السلوكيات عند الأفراد من حملة الدبلوم أفضل مقارنة بمن يقل تعليمهم عن مستوى المتوسط.

المستوى التعليمي	حجم العينة	تجزئة المجموعات عند مستوى معنوية ٥ ٪		
		مجموعة (١)	مجموعة (٢)	مجموعة (٣)
دبلوم	٥٧	٢,٨٧		
ثانوي	٢٢		٣,٣٤	
متوسط	٢٧		٣,٤٦	
دون المتوسط	٢١		٣,٦٧	٣,٦٧
جامعي	٩١			٣,٩٣
دراسات عليا	١٤			٤,٠٥

جدول (١١) اختبار دنكن (Duncan) للمقارنات المتعددة لمتوسطات النشاط البدني بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

يلاحظ من الجدول رقم(١١) أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا والشهادة الجامعية أكثر من حيث متوسط سلوكيات النشاط البدني بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض من الأفراد الذين يقل مستواهم التعليمي عن الدبلوم، وفي نفس الوقت يلاحظ أن متوسط تلك السلوكيات الخاصة بالأفراد من أصحاب شهادة الدبلوم والثانوي والمتوسط أعلى من الأفراد الذين يقل مستوى تعليمهم عن المتوسط.

السؤال الثالث: ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على عاداتهم البيئية قبل/ بعد المرض؟

م	بنود محور العادات البيئية:	المستوى التعليمي											
		دون المتوسط		متوسط		ثانوي		دبلوم		جامعي		دراسات عليا	
		قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
١	أعتقد أن التدخين قد يسبب مرض السرطان.	٣,٦٧	٣,٧٦	٣,٧٨	٣,٢٦	٣,٣٦	٣,٨٢	٣,٨٦	٣,٩١	٤,٤٠	٤,٥٩	٤,٢١	٤,٤٣
٢	أدخن السجائر يوميا.	٢,٩٥	٢,٩٠	٢,١١	٢,٠٠	٢,٢٣	٢,٣٢	٢,٢٦	٢,١٩	١,٦٨	١,٦٣	١,٤٣	١,١٤
٣	أجالس أشخاص غير مدخنين.	٢,٤٣	٢,٤٣	٣,٣٠	٣,٤١	٢,٩٥	٣,٣٦	٣,٠٠	٣,٢٦	٣,٢٩	٣,٥١	٣,٢١	٣,٧١
٤	أعمل في بيئة عمل خالية من التلوث.	٣,٤٨	٣,٣٣	٣,٥٢	٣,٦٣	٣,٥٠	٣,٥٠	٣,٨١	٣,٩٨	٣,٦٧	٣,٩٢	٤,٠٠	٤,١٤
٥	أسكن في منطقة بعيدة عن التلوث.	٣,٩٠	٣,٩٠	٣,٥٩	٣,٦٣	٣,٨٢	٣,٩١	٣,٩٨	٤,١٨	٤,١٠	٤,١٥	٤,٣٦	٤,٤٣
٦	أضع كريما واقيا من الشمس عند الخروج من المنزل.	١,٥٢	١,٦٢	١,٧٠	١,٨٩	٢,٥٠	٢,٨٢	٣,٠٤	٣,٤٩	٣,١٤	٣,٥٤	٣,١٤	٣,٧١
٧	أتجنب التعرض للأشعة فوق البنفسجية.	٢,٤٨	٢,٦٢	٣,١٥	٣,٤١	٣,١٤	٣,٢٣	٣,٥٦	٣,٨٤	٣,٢٢	٣,٧٧	٣,٢٩	٣,٩٣
٨	أتجنب استخدام المستحضرات والمنظفات الكيميائية بكثرة.	٢,٩٠	٣,١٤	٣,٢٦	٣,٤٤	٣,١٤	٣,٣٦	٣,٥٤	٤,٠٠	٣,٤٥	٣,٧٨	٣,٥٧	٤,١٤

٩	أتجنب استخدام الهاتف أثناء توصيله على الشاحن.	٢,٩٥	٣,٢٤	٣,٤٨	٣,٧٨	٣,٤١	٣,٨٢	٣,٤٢	٣,٩٣	٢,٩٥	٣,٦٦	٣,١٤	٣,٩٣
إجمالي المتوسط الحسابي للمحور ككل		٢,٩٢	٢,٩٩	٣,٢١	٣,٢٧	٣,١٢	٣,٣٥	٣,٣٩	٣,٦٤	٣,٣٢	٣,٦٣	٣,٣٧	٣,٧٣
النسب المئوية للمحور ككل		٥٨,٤٪	٥٩,٨٪	٦٤,٢٪	٦٥,٤٪	٦٢,٤٪	٦٧٪	٦٧,٨٪	٧٢,٨٪	٦٦,٤٪	٧٢,٦٪	٦٧,٤٪	٧٤,٦٪

جدول (١٢): المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لبنود محور العادات البيئية قبل/ بعد معرفة التاريخ العائلي لمرض السرطان، بناء على المستوى التعليمي.

يلاحظ من جدول رقم (١٢) ارتفاع المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لأفراد العينة في البنود الخاصة بمحور العادات البيئية ككل بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض بارتفاع مستواهم التعليمي، وقد سجل حملة شهادة الدراسات العليا أعلى نسب في بنود محور العادات البيئية ككل بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض بنسبة تبلغ ٦ , ٧٤٪، يليها حملة الشهادة الجامعية ٦ , ٧٢٪، ثم حملة شهادة الدبلوم بنسبة ٨ , ٧٢٪، وحملة الشهادة الثانوية ٦٧٪، يتبعها حملة الشهادة المتوسطة ٤ , ٦٥٪، وأخيرا دون المتوسط بنسبة تبلغ ٨ , ٥٩٪، مما يفسر أثر المستوى التعليمي فيما يتعلق بالعادات البيئية.

وعلى الرغم من ارتفاع المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لبنود محور العادات البيئية ككل بارتفاع المستوى التعليمي لأفراد العينة، غير أن البند رقم(٢) سجل فيه حملة شهادة الدراسات العليا أقل متوسط حسابي مقارنة بالمستويات التعليمية الأخرى، والذي يتعلق بالتدخين يوميا، مما يدل على زيادة الوعي بأضرار التدخين بارتفاع المستوى التعليمي.

أما فيما يخص البنود التي لازال وعي أفراد العينة فيها منخفضا، فقد حصل البند رقم (٦) والذي ينص على أهمية وضع كريما واقيا من الشمس عند الخروج من المنزل على أقل المتوسطات الحسابية مقارنة ببقية البنود.

وعند عمل تحليل التباين(Anova) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور العادات البيئية قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض يلاحظ ما يلي:

المقياس		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	الدلالة الإحصائية (p-value)
قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	٤,٣٣٤	٥	٨٦٧.	*٢,٦٦٣	٠٢٣.
	داخل المجموعات	٧٣,٥٥٨	٢٢٦	٣٢٥.		
	المجموع	٧٧,٨٩٢	٢٣١			
بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	١٠,٦٣٢	٥	٢,١٢٦	**٦,٦١٦	٠٠٠.
	داخل المجموعات	٧٢,٦٤٠	٢٢٦	٣٢١.		
	المجموع	٨٣,٢٧٣	٢٣١			

جدول (١٣): تحليل التباين (Anova) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور العادات البيئية قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

* الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ٥٪

** الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ١٪

يلاحظ من الجدول رقم(١٣) أن اختبار (Anova) دال إحصائيا لمحور العادات البيئية حسب المستوى التعليمي لمفردات العينة قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض عند مستوى دلالة ٥٪ (05.>023.= P-value)، وكذلك كان الاختبار دال إحصائيا لمحور العادات البيئية حسب المستوى التعليمي لمفردات العينة بعد معرفة

التاريخ العائلي للمرض عند مستوى دلالة ١٪. (P-value = .000<.01).

فيما يلي سيتم تطبيق اختبار دنكن للمتغيرات المتعددة لمعرفة الاختلاف بين المستويات التعليمية في السلوكيات الخاصة بالعادات البيئية قبل وبعد التعرف على التاريخ العائلي للمرض:

المستوى التعليمي	حجم العينة	تجزئة المجموعات عند مستوى معنوية ٥ ٪	
		مجموعة (١)	مجموعة (٢)
دون المتوسط	٢١	٢,٩٢	
ثانوي	٢٢	٣,١٢	٣,١٢
متوسط	٢٧	٣,٢١	٣,٢١
جامعي	٩١		٣,٣٢
دراسات عليا	١٤		٣,٣٧
دبلوم	٥٧		٣,٣٩

جدول (١٤) اختبار دنكن (Duncan) للمقارنات المتعددة لمتوسطات العادات البيئية قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

يلاحظ من الجدول رقم(١٤) أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا والشهادة الجامعية والدبلوم أكثر في متوسط معرفة العادات البيئية الصحية قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض من الأشخاص أصحاب الشهادات دون المتوسط.

المستوى التعليمي	حجم العينة	تجزئة المجموعات عند مستوى معنوية ٥ ٪			
		مجموعة (١)	مجموعة (٢)	مجموعة (٣)	مجموعة (٤)
دون المتوسط	٢١	٢,٩٩			
متوسط	٢٢	٣,٢٧	٣,٢٧		
ثانوي	٢٧		٣,٣٥	٣,٣٥	
جامعي	٩١			٣,٦٣	٣,٦٣
دبلوم	٥٧			٣,٦٤	٣,٦٤
دراسات عليا	١٤				٣,٧٣

جدول (١٥) اختبار دنكن (**Duncan**) للمقارنات المتعددة لمتوسطات العادات البيئية بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

يلاحظ من الجدول رقم(١٥) أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا أكثر من حيث متوسط العادات البيئية بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض من الأفراد الذين يقل مستواهم التعليمي عن مستوى الدبلوم، وفي نفس الوقت يلاحظ أن متوسط السلوكيات الخاصة بالأفراد من حملة شهادة الدبلوم والشهادة الجامعية أفضل من تلك الخاصة بأصحاب المستويات التعليمية التي تقل عن مستوى الثانوي، كذلك يلاحظ أن متوسط هذه السلوكيات عند الأفراد من حملة الشهادة الثانوية أعلى مقارنة بمتوسط من يقل تعليمهم عن مستوى دون المتوسط.

السؤال الرابع: ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان على ثقافتهم الصحية قبل/ بعد المرض؟

	بنود محور الثقافة الصحية: دون المتوسط	المستوى التعليمي											
		دون المتوسط		متوسط		ثانوي		دبلوم		جامعي		دراسات عليا	
		قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
١	أقرأ كتبا ومجلات حول مرض السرطان.	١,٤٣	١,٦٧	١,٥٦	٢,١٥	٢,٠٠	٢,٨٢	٢,٠٧	٣,٠٢	٢,٢٧	٣,٢٣	٢,٧٩	٣,٥٧
٢	أشاهد برامج توعوية حول مرض السرطان.	١,٤٨	١,٧١	٢,١٩	٢,٦٣	١,٩٥	٣,١٤	٢,١٤	٣,٠٢	٢,٢٠	٣,٢٢	٢,٢٩	٣,٠٧
٣	أتصفح صفحات الإنترنت للاستزادة حول مرض السرطان.	١,٤٣	١,٨١	١,٧٨	٢,٥٩	١,٨٦	٣,٠٠	٢,٢٥	٣,٤٤	٢,٥١	٣,٦٧	٣,٠٧	٣,٨٦
٤	أتابع عمل الحملات التوعوية حول مرض السرطان.	١,٤٨	١,٨١	١,٥٦	٢,٤٤	١,٧٧	٢,٣٦	١,٧٩	٢,٨٦	٢,١٤	٣,٠٣	٢,٥٧	٣,٥٠
٥	أستشير الأهل والأصدقاء حول طرق الوقاية من مرض السرطان.	٢,٦٧	٣,٢٤	٢,٤٤	٣,٣٧	٢,٣٢	٣,٤٥	٢,٣٢	٣,٠٥	٢,٣٠	٣,١٦	٢,٣٦	٢,٩٣
٦	أحضر ندوات حول مرض السرطان.	١,١٩	١,٢٩	١,٣٧	٢,٠٤	١,٦٤	٢,٢٧	١,٤٠	٢,٣٢	١,٥٢	١,٩٢	١,٤٣	٢,٠٧
٧	الطبيب المعالج هو مصدر معلوماتي حول مرض السرطان.	٤,٠٠	٤,٢٤	٢,٩٦	٤,٤٨	٢,٣٢	٣,٥٥	٢,٨٩	٣,٨٦	٢,٦٢	٣,٤١	٢,١٤	٢,٦٤

٨	أتبع إرشادات الطبيب.	٤,١٠	٤,٢٤	٣,٧٨	٤,٤١	٣,٥٥	٤,٢٧	٣,٧٧	٤,٤٤	٣,٩٣	٤,٤٧	٣,٧١	٤,٣٦
٩	ألتزم بالجدول الزمني لمواعيد مراجعتي مع الطبيب.	٣,٨٦	٤,٠٥	٤,١٩	٤,٥٢	٣,٥٩	٤,٠٩	٣,٩٣	٤,٥٤	٣,٧٨	٤,٣٥	٣,٥٠	٤,١٤
١٠	أعتقد بأهمية الكشف المبكر للوقاية من مرض السرطان.	٤,٢٩	٤,٥٧	٤,٢٢	٤,٧٤	٣,٦٨	٤,٠٠	٤,٠٤	٤,٦٥	٤,١٤	٤,٥٧	٣,٦٤	٤,٥٧
١١	أتجنب تناول أدوية أو مكملات غذائية بدون استشارة الطبيب.	٤,٠٠	٤,٢٤	٤,٠٧	٤,٢٢	٣,٤٥	٣,٩٥	٤,١٢	٤,٥١	٣,٩٩	٤,٤٠	٣,٥٠	٤,٤٣
١٢	أنام لمدة ٨ ساعات يوميا.	٢,٨٦	٣,٠٥	٢,٩٦	٣,١٥	٣,٤٥	٣,٦٨	٢,٩٣	٣,٣٧	٣,٠٤	٣,٤٤	٣,٠٧	٣,٧٩
١٣	أفضل علاجات الطب البديل.	٤,٢٩	٤,٢٤	٣,١١	٣,٣٠	٣,٣٣	٣,٥٩	٣,٠٠	٣,٣٢	٢,٧٨	٣,٠١	٢,٢٩	٢,٢٩
١٤	أعتقد أن الممارسات الجنسية الخطرة قد تسبب مرض السرطان.	١,٤٨	١,٥٢	١,٨٩	٢,٠٤	٢,٠٠	٢,٣٦	٢,٦٨	٣,٢٣	٢,٨٤	٣,٢٣	٢,٩٣	٣,٠٠
١٥	أحرص على إجراء الفحوصات الدورية.	٣,٠٥	٣,٦٢	٣,٥٩	٣,٩٣	٣,١٤	٣,٥٩	٣,٧٥	٤,٢١	٣,٥٢	٤,١٤	٣,١٤	٣,٧١
إجمالي المتوسط الحسابي للمحور ككل		٢,٧٧	٣,٠٢	٢,٧٨	٣,٣٣	٢,٦٦	٣,٣٤	٢,٨٧	٣,٥٩	٢,٩٠	٣,٥٥	٢,٨٣	٣,٤٦
النسب المئوية للمحور ككل		٪٥٥,٤	٪٦٠,٤	٪٥٥,٦	٪٦٦,٦	٪٥٣,٢	٪٦٦,٨	٪٥٧,٤	٪٧١,٨	٪٥٨	٪٧١	٪٥٦,٦	٪٦٩,٢

جدول (١٦): المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لبنود محور الثقافة الصحية قبل/ بعد معرفة التاريخ العائلي لمرض السرطان، بناء على المستوى التعليمي

يلاحظ من الجدول رقم(١٦) ارتفاع المتوسطات الحسابية وكذلك النسب المئوية للعوامل الخاصة بمحور الثقافة الصحية لجميع المستويات التعليمية بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض، وقد بلغت نسب أفراد العينة في بنود محور الثقافة الصحية ككل بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض كما يلي: حملة شهادة الدراسات العليا ٦٩,٢٪، وحملة الشهادة الجامعية ٧١٪، وحملة شهادة الدبلوم ٧١,٨٪، وحملة الشهادة الثانوية ٦٦,٨٪، وحملة الشهادة المتوسطة ٦٦,٦٪، في حين سجل حملة شهادة دون المتوسط أقل نسبة وتبلغ ٦٠,٤ ٪.

وعند عمل تحليل التباين (Anova) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور الثقافة الصحية قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض يلاحظ ما يلي:

المقياس		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	الدلالة الإحصائية (p-value)
قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	١,٣٣٠	٥	٢٦٦.	٧٧٦.	٥٦٨.
	داخل المجموعات	٧٧,٤٢٤	٢٢٦	٣٤٣.		
	المجموع	٧٨,٧٥٤	٢٣١			
بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض	بين المجموعات	٦,٥١١	٥	١,٣٠٢	٣,٩٦٤**	٠٠٢.
	داخل المجموعات	٧٤,٢٣٩	٢٢٦	٣٢٨.		
	المجموع	٨٠,٧٤٩	٢٣١			

جدول (١٧): تحليل التباين (**Anova**) لمتوسط العوامل الخاصة بمحور الثقافة الصحية قبل وبعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

** الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ١٪

يلاحظ من الجدول رقم(١٧) أن اختبار(Anova) غير دال إحصائيا لمحور الثقافة الصحية حسب المستوى التعليمي لمفردات العينة قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض، وإنما الاختبار كان دالا إحصائيا عند مستوى دلالة ١٪ بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض.(P-value=.002<.01).

فيما يلي سيتم تطبيق اختبار دنكن للمتغيرات المتعددة لمعرفة الاختلاف بين المستويات التعليمية في الثقافة الصحية بعد التعرف على التاريخ العائلي للمرض:

المستوى التعليمي	حجم العينة	تجزئة المجموعات عند مستوى معنوية ٥ ٪	
		مجموعة (١)	مجموعة (٢)
دون المتوسط	٢١	٣,٠٢	
متوسط	٢٧	٣,٣٣	٣,٣٣
ثانوي	٢٢	٣,٣٤	٣,٣٤
دراسات عليا	١٤		٣,٤٦
جامعي	٩١		٣,٥٥
دبلوم	٥٧		٣,٥٩

جدول (١٨) اختبار دنكن (**Duncan**) للمقارنات المتعددة لمتوسطات الثقافة الصحية للأفراد بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب المستوى التعليمي:

يلاحظ من الجدول رقم(١٨) أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا والشهادة الجامعية والدبلوم أعلى من حيث المتوسط في المعرفة بالثقافة الصحية بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض من الأشخاص أصحاب المستوى دون المتوسط.

فيما يلي سيتم استخدام التحليل الوصفي لمعرفة مدى قيام الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٤٥ في العينة، والذين لديهم تاريخ عائلي لمرض السرطان بعمل منظار القولون، وكذلك قيام الإناث اللاتي لهن تاريخ عائلي لمرض السرطان بالكشف المبكر عن سرطان الثدي، ومسح عنق الرحم:

	الفحوصات الطبية	المستوى التعليمي											
		دون المتوسط		متوسط		ثانوي		دبلوم		جامعي		دراسات عليا	
		نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
١	عمل منظار للقولون للأعمار التي تزيد عن ٤٥ سنة	٥,٠٪	٩٥,٠٪	٣٣,٣٪	٦٦,٧٪	١٥,٤٪	٨٤,٦٪	٣٩,١٪	٦٠,٩٪	٢٨,٦٪	٧١,٤٪	١٠٠,٠٪	٠,٠٪
٢	الكشف المبكر لسرطان الثدي للإناث اللاتي تساوي أو تزيد أعمارهن عن ٣٦ سنة	٣٧,٥٪	٦٢,٥٪	٥٠,٠٪	٥٠,٠٪	٦٠,٠٪	٤٠,٠٪	٤٧,٦٪	٥٢,٤٪	٤٠,٠٪	٦٠,٠٪	٥٠,٠٪	٥٠,٠٪
٣	إجراء مسح عنق الرحم للإناث في العينة	٥٥,٦٪	٤٤,٤٪	٤٥,٥٪	٥٤,٥٪	٥٤,٥٪	٤٥,٥٪	٥٧,٩٪	٤٢,١٪	٤١,٣٪	٥٨,٧٪	٧٥,٠٪	٢٥,٠٪

جدول (١٩)النسب المئوية لأفراد العينة الذين قاموا بإجراء الفحوصات الطبية الضرورية للكشف عن مرض السرطان

يلاحظ من الجدول رقم(١٩) تفاوت النسب المئوية بين أفراد العينة ممن قاموا بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة للكشف عن مرض السرطان باختلاف مستوياتهم التعليمية، وعلى الرغم من ذلك، إلا أن ما يقارب ١٠٠٪من حملة شهادة الدراسات

العليا، الذين تزيد أعمارهم عن ٤٥ سنة قد قاموا بعمل منظار للقولون، وأن ما يقارب ٥٠٪ من الإناث من حملة الدراسات العليا قد قمن بالكشف المبكر عن سرطان الثدي، وما يقارب ٧٥٪ منهن قد أجرين مسح لعنق الرحم، مما يفسر اهتمام أصحاب مستوى التعليم العالي بالكشف المبكر عن مرض السرطان مقارنة بنظرائهم.

فيما يلي سيتم استخدام اختبار بيرسون كايسكوير (**Pearson Chi-square**)، لمعرفة وجود اختلاف بين أفراد العينة في إجراء الفحوصات الطبية اللازمة للكشف عن مرض السرطان حسب المستويات التعليمية المختلفة الخاصة بهم:

نوع الفحص الطبي	قيمة اختبار كايسكوير	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية للاختبار
عمل منظار للقولون للأعمار التي تزيد عن ٤٥ سنة	١٠,٨١٧	٥	.٠٥٥
الكشف المبكر لسرطان الثدي للإناث اللاتي تساوي أو تزيد أعمارهن عن ٣٦ سنة	.٩٣١	٥	.٩٦٨
إجراء مسح عنق الرحم للإناث في العينة	٥,١٦١	٥	.٣٩٧

جدول(٢٠): نتائج اختبار(**Pearson Chi-square**) لتحديد وجود اختلاف من عدمه لبعض الفحوصات الطبية الضرورية لبعض مفردات العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

يلاحظ من الجدول رقم(٢٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جميع الفحوصات الطبية في الجدول حسب المستوى التعليمي، حيث أن جميع الدلالات الإحصائية لاختبارات كايسكوير أكبر من .٠٥ (P-value <.05).

السؤال الخامس: ما أثر المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي

لمرض السرطان في تغيير نمط حياتهم بناء على متغيري(الجنس، العمر)؟

فيما يلي سيتم استخدام أسلوب تحليل التغاير أو التباين المشترك (**Analysis of Covariance**)، وذلك لمعرفة ما إذا كان هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض السرطان وتغيير نمط حياتهم بناء على متغيري الجنس والعمر، بحيث يكون متوسط الفرق بين السلوكيات المختلفة للمحاور الأربعة قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض وكذلك بعده كمتغير تابع، ويعمل متغير الجنس ومتغير فئات العمر كمتغيرين مؤثرين (**Fixed Factors**) ويكون المستوى التعليمي هو المتغير المصاحب (**Covariate**).

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	الدلالة الإحصائية (p-value)
القاطع	١,٧٢٨	١	١,٧٢٨	١٨,٥١٩**	.٠٠٠
المستوى التعليمي	.٤١٢	١	.٤١٢	٤,٤١٨*	.٠٣٧
الجنس	.٠٦٢	١	.٠٦٢	.٦٦٢	.٤١٧
العمر	١,٥٢٧	٤	.٣٨٢	٤,٠٩٠**	.٠٠٣
الجنس*العمر (التفاعل بين الجنس والعمر)	.٣٢٧	٤	.٠٨٢	.٨٧٥	.٤٨٠
الخطأ	٢٠,٦٢٦	٢٢١	.٠٩٣		
المجموع	٦٩,٦٨٦	٢٣٢	.٣٥١		

** الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ١٪

* الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ٥٪

يتضح من الجدول رقم(٢١) صحة نموذج التباين المشترك حول وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للأفراد الذين لهم تاريخ عائلي لمرض

السرطان وتغيير نمط حياتهم بناء على متغيري الجنس والعمر مع اتخاذ المستوى التعليمي كمتغير المصاحب (Covariate)، فالدلالة الإحصائية لاختبار ف للنموذج المصحح تساوي صفر (P-value = .000 >.05)، ويلاحظ من الجدول أيضا أن المستوى التعليمي كمتغير مصاحب دال إحصائيا عند مستوى دلالة ٠٥. (P-value = .037 >.05)، ويعني ذلك وجود فروق بين المجموعات المرتبطة بمتغير الجنس أو فئات العمر حول تغير نمط الحياة بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض على متغير التغاير(المستوى التعليمي)، وقد لوحظ أيضا عدم وجود اختلاف بين الذكور والإناث للسلوكيات الخاصة بمحاور الدراسة الأربعة بين الفترة السابقة لمعرفة التاريخ العائلي للمرض وبين الفترة اللاحقة، فالدلالة الإحصائية لاختبار ف لمتغير الجنس أكبر من ٠٥.(P-value=.417>.05)، والجدول يشير إلى وجود اختلاف بين فئات العمر في دراسة السلوكيات الخاصة بمحاور الدراسة الأربعة بين الفترة السابقة لمعرفة التاريخ العائلي للمرض وبين الفترة اللاحقة فالدلالة الإحصائية لاختبار ف تساوي ٠٠٣. أقل من ٠٥. (P-value = .003 >.05)، ولا يشير الجدول إلى وجود اختلاف ذي دلالة إحصائية للتفاعل بين الجنس والعمر على السلوكيات الخاصة بمحاور الدراسة الأربعة بين الفترة السابقة لمعرفة التاريخ العائلي للمرض وبين الفترة اللاحقة، الدلالة الإحصائية لاختبار ف أكبر من ٠٥. (P-value = .480 >.05).

من تحليل التغاير أو التباين المشترك يتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التغير في السلوكيات الخاصة بالمحاور الأربعة بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض حسب متغير العمر، وسيتم استخدام اختبار (**LSD**) أقل الفروق الدالة للمقارنات المتعددة، لمعرفة الفروق بين فئات الأعمار المختلفة في تقبل السلوكيات الإيجابية الخاصة بمحاور الدراسة بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض مقارنة بقبل ذلك:

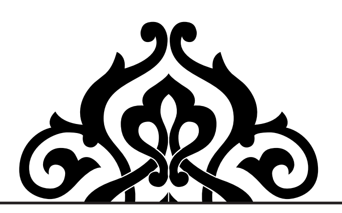
عدد المقارنات	الفئات العمرية	فارق المتوسط الحسابي	الدلالة الإحصائية
١	من ٢١ إلى ٢٥ سنة	-.١٥١	.١٧٠
	من ٢٦ إلى ٣٠ سنة		
٢	من ٢١ إلى ٢٥ سنة	-.٢٢١*	.٠١٧
	من ٣١ إلى ٣٥ سنة		
٣	من ٢١ إلى ٢٥ سنة	-.٢٢٩*	.٠١٤
	من ٣٦ إلى ٤٠ سنة		
٤	من ٢١ إلى ٢٥ سنة	-.٠٤١	.٦٤٢
	أكثر من ٤٠ سنة		
٥	من ٢٦ إلى ٣٠ سنة	-.٠٧٠	.٤٢٦
	من ٣١ إلى ٣٥ سنة		
٦	من ٢٦ إلى ٣٠ سنة	-.٠٧٧	.٣٨٤
	من ٣٦ إلى ٤٠ سنة		
٧	من ٢٦ إلى ٣٠ سنة	.١١١	.١٩١
	أكثر من ٤٠ سنة		
٨	من ٣١ إلى ٣٥ سنة	-.٠٠٧	.٩١٥
	من ٣٦ إلى ٤٠ سنة		
٩	من ٣١ إلى ٣٥ سنة	.١٨١**	.٠٠٣
	أكثر من ٤٠ سنة		
١٠	من ٣٦ إلى ٤٠ سنة	.١٨٨**	.٠٠٢
	أكثر من ٤٠ سنة		

جدول (٢٢): اختبار (LSD) لحساب أقل الفروق الدالة للمقارنات المتعددة لمعرفة الفروق بين فئات الأعمار المختلفة في تقبل السلوكيات الإيجابية الخاصة بمحاور الدراسة بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض مقارنة بقبل ذلك:

** الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ١٪

* الاختبار دال إحصائيا عند مستوى دلالة ٥٪

يلاحظ من الجدول رقم(٢٢) أن متوسط الفئة العمرية الشابة التي تتراوح أعمارها بين ٢١ إلى ٢٥ سنة للفرق بين السلوكيات الإيجابية الخاصة بمحاور الدراسة قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض وكذلك بعده أقل من متوسط تلك السلوكيات الخاصة بالفئة العمرية التي تتراوح بين ٣١ و٣٥ سنة، وكذلك الفئة العمرية التي تتراوح بين ٣٦ و ٤٠سنة، ويلاحظ كذلك أن متوسط الفئة العمرية الأكبر في الدراسة والتي تتجاوز ٤٠ سنة للفرق بين السلوكيات الإيجابية الخاصة بمحاور الدراسة قبل معرفة التاريخ العائلي للمرض وكذلك بعده أقل مقارنة مع تلك الخاصة بالفئة العمرية التي تتراوح بين ٣١ و٣٥ سنة، وكذلك الفئة العمرية التي تتراوح بين ٣٦ و٤٠سنة، أي أن مفردات العينة في الأعمار المحصورة بين ٣١ سنة و٤٠ سنة أكثر استجابة للسلوكيات الإيجابية الخاصة بمحاور الدراسة الأربعة بعد معرفة التاريخ العائلي للمرض مقارنة بالفئة العمرية الشابة التي تتراوح بين ٢١ و٢٥ سنة والفئة العمرية التي تتجاوز عمر ٤٠ سنة تحت تأثير متغير المستوى التعليمي كمتغير مصاحب.



الفصل الرابع

دور المستوى التعليمي لدى الناجين من مرض السرطان على جودة الحياة لديهم

حصة خالد البرجس

أطروحة مقدمة لكلية الدراسات العليا بجامعة الكويت لاستيفاء جزء من متطلبات درجة الماجستير ٢٠٢١

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المقدمة

بينما يحقق الطبُّ تقدماً ملحوظاً في علاج أمراضٍ مستعصية كثيرة فإنَّ السرطانَ لايزالُ المرضَ الأكثر فتكاً بالإنسان، ويبقى إيجاد علاج ناجح له هدفاً يسعى إليه العلمُ بِخُطى متسارعة، فتِبعاً لتقرير منظمة الصحة العالمية، يعتبر السرطانُ ثانيَ سببٍ رئيس للوفاة في العالم بعد القلب؛ فقد تسبب في وفاة حوالي ٨,٢ مليونِ إنسانٍ في عام ٢٠١٢، ووصل عددُ الحالات التي تم تشخيصُها بالسرطان في نفس العام حوالي ١٤ مليون حالة، وهو العدد المرشح للزيادة ليصل إلى ٢٢ مليونَ حالة جديدة سنويّاً خلال العَقْدين القادمين (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥) وحسب ما نشرته منظمة الصحة العالمية أيضاً، فقد تسبب هذا المرض في وفاة ٨,٨ مليون شخص في عام ٢٠١٥ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨).

في حين أظهرت آخر إحصائية رسمية لوزارة الصحة في دولة الكويت عام ٢٠١٥ أن معدلَّ إصابة الكويتيين من الذكور بالمرض هي ١٨٣ لكل ١٠٠ ألف كويتي مقابل ١٦١ من الإناث الكويتيات، ووفق الإحصائية الشاملة لحالات الإصابة ذاتها فإن إجمالي عدد الإصابات المسجَّلة بين الكويتيين بالمرض خلال عام ٢٠١٥ (ذكوراً وإناثاً) بلغ ٢٦٨٠ إصابة في حين بلغ معدل الإصابة بين الوافدين ١١٤ لكل ١٠٠ ألف وافد (وكالة الأنباء الكويتية كونا ٢٠١٩).

فالسرطان مرض يصيب الجسمَ، ويقوم بغزو الخلايا والأنسجة المجاورة له، وتشكيل الورم الخبيث، وهو نموٌ غيرُ طبيعي لنسيج من أنسجة الجسم إثر خلل

في التركيبة الجينية لخلايا الجسم الطبيعية، ويصيب أنواعاً مختلفة من الأعضاء، وتختلف باختلاف العضو أو النسيج المصاب. ولا يقتصر هذا المرض على مراحل عمرية معينة، بل تزيد مخاطر الإصابة به كلما تقدم الانسان بالعمر، وذلك حسب ما أعلنته وكالة الانباء الكويتية كونا وقد يصاب به الإنسانُ في المراحل العمرية الأولى من حياته أثناء فترة الدراسة، ويؤثِّر هذا المرضُ على الحياة المستقبلية، وعلى الحالة النفسية للمصاب، وعلى جودة الحياة لديه (وكالة الأنباء الكويتية كونا، ٢٠١٩).

ونظراً لانتشار مرض السرطان في الكويت بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة فقد اهتمت الكويت بمكافحته والحد من الإصابة به، فخصَّصَتِ الدولةُ عدةَ مراكِز تهتم بمرضى السرطان تحت مِظلَّة مركز الكويت لمكافحة السرطان، وهي كالتالي: مركز حسين مكي جمعة للجراحة التخصصية، مركز الشيخة بدرية الأحمد للعلاج الكيماوي والخلايا الجذعية، ومركز فيصل سلطان بن عيسى للتشخيص والعلاج الإشعاعي، مركز الرعاية التلطيفية، مركز يعقوب بهبهاني للخلايا الجذعية والمختبرات، ومستشفى البنك الوطني لعلاج الأطفال (وكالة الأنباء الكويتية كونا، ٢٠١٩).

كما تشكلت وتكونت عددٌ من الحملات التوعوية واللجان الخيرية والتطوعية التي تُعنَى بهذا الجانب مثل: الحملة الوطنية للتوعية بمرض السرطان «كان» التي انطلقت عام ٢٠٠٦ وتسعى إلى مكافحة مرض السرطان، عن طريق نشر التوعية عن أنواعه المختلفة، والحث على الكشف المبكِّر عنه مما يؤدي إلى رفع نِسَب الشفاء منه، وأيضاً الجمعية الكويتية لمكافحة السرطان والتدخين، رابطة حياة لرعاية مرضى السرطان، مركز السدرة للرعاية النفسية لمرضى السرطان، نادي الأمل لمرضى السرطان، مبرة الدعم الإيجابي لمرضى السرطان، مركز الإسراء لمكافحة السرطان

(وكالة الأنباء الكويتية كونا، ٢٠١٩).

ومما لا شك فيه أنَّ هناك فئةً كبيرة من الناجين الذين حاول السرطانُ جرَّهم إلى الموت ثم أعادهم الأملُ إلى الحياة من جديد بإذن الله، فقاوموا المرض الخبيث، وواجهوا صعوبات العلاج، وعادوا للحياة أكثر قوةً وأملاً، فالمرض حتى لو فتك بالجسد فإنه لا يمكنه التغلُّبَ على روح العزيمة والإصرار.

ومن خلال هذه الدراسة سنبحث عن مدى تأثير السرطان على جودة حياة الناجين منه وقدرتهم على التكيف مع الحياة والاندماج في المجتمع والتطلُّع إلى مستقبل مشرق.

مشكلة الدراسة:

مما لا شك فيه أنَّ المصابين بالسرطان يواجهون صعوباتٍ كثيرةً خلالَ فترة العلاج، وقد يؤثِّر ذلك على الحالة النفسية للمريض، الذي ما إنْ يتماثل للشفاء، ويبدأ بممارسة حياته الطبيعية حتى يواجِهَ أموراً أُخرى قد تؤثِّر على جودة الحياة لديه، منها ما هو سلبي، ومنها ما هو إيجابي.

وعلى الرغم من أنَّ الناجي من السرطان كان ومازال يحظى بعناية كبيرة من الأسرة والأصدقاء؛ الأمرُ الذي يجعله قادراً على تخطي العقبات، والعيش بصورة طبيعية والانخراط مع المجتمع، وممارسة الأعمال اليومية بشكل طبيعي والعودة إلى العمل والدراسة إلا أنَّ هناك فئة منهم قد لا تتمكن من تخطِّي هذه الأزمة، بل إنها قد تعيش على وقْع آلام الماضي، والخوف مما قد يجيء به المستقبل.

لذلك عمدَت الدولة إلى تأسيس بعض المراكز التي تهتم بالمصابين والناجين من السرطان لاحتوائهم والاهتمام بهم صحياً ونفسياً كمركز السدرة للرعاية النفسية

لمرضى السرطان وغيره من المراكز التي تُعتبَر -إلى جانب دور الأسرة- من الأسباب الرئيسة في تعزيز الثقة بالنفس لدى الناجين، ومنْحِهم الأملَ بالحياة، وحثِّهم على الاهتمام والحرص على مواصلة التعلُّم وإتمام حياتهم العلمية والعملية، التي لها الأثرُ الكبيرُ على تحسين جودة الحياة لديهم (وكالة الأنباء الكويتية كونا، ٢٠١٩).

لذا فإنَّ مشكلة البحث ترتبط ارتباطاً تاماً بالبيئة المحيطة بالناجي من المرض وبالتحصيل العلمي الذي وصل إليه قَبْل أو بعد الشفاء.

دون استئذان يقتحم السرطان جسم الإنسان، ويحاول السيطرةَ عليه بكل الطرق؛ ليضعِفَ قوَّته ويجعله يستسلم، وحين ينتصر السرطانُ تتحول حياة المريض إلى جحيم بين أركان المستشفيات، وغرف جلسات العلاج الكيماوي وعمليات الاستئصال، وغير ذلك من المحاولات الطبية الهادفة لقهر هذا الوحش القاتل (صحيفة اليوم السابع، ٢٠١٦).

لم يَعُد السرطانُ هذا المرَض المرعبَ الذي يصيب الإنسانَ، ويشعِره بقرْب أجلِه، فقد بات القضاءُ عليه مُمكناً. ولا تقتصر السيطرةُ على هذا المرض على الأبحاث العلمية وعلى ما تصِل إليه من طُرُق علاج حديثة، فتلكَ لن تستطيع بمفردها أن تصنع شيئاً، ويبقى الأهم من ذلك كلِّه الدعمُ النفسي الذي يتلقاه المريض ممن حوله، والذي يُعتبَر العامل الأول في رفْع نسبة الشفاء؛ ذلك أنَّ الحالةَ النفسية القوية تلعب دوراً كبيراً في تقوية جهاز المناعة، ومن ثمَّ مقاومة هذا المرض الشَّرِس.

وهناك مجموعة كبيرة من الأبطال الذين قدَّموا نموذجاً يُحتذَى في هَزيمة السرطانَ بمختلِف أنواعه، بإذن الله، واستطاعوا قهْرَ هذا المرضِ بالإرادة والتحدي، وهو ما أسهم في شفائهم منه واستطاعوا تحقيق أحلامهم بعد النجاة من السرطان.

يتعرض الناجون من السرطان لِمجموعة من التحديات المتواصلة بعد العلاج، من مثْل تسمُّم أعضاء بالجسم أو الشيخوخة المبكِّرة بسبب العلاج الكيماوي والآثار المترتبة على العمليات الجراحية، والضغوط النفسية التي تتمثل في عدم معرفة إن كان السرطان سيعود أم لا، والأعباء المادية بسبب العلاج الذي يستمر أحياناً لفترات طويلة ربما لأجل غير مسمى، وعدم القدرة على ممارسة الحياة بشكل طبيعي والعودة إلى العمل والدراسة عند البعض، وبناءً على ذلك يحتاج هؤلاء الناجون إلى رعاية خاصة يقدِّمها القائمون على الرعاية الصحية لهم ولِأُسَرهم لمساعدتهم على استيعاب مرحلة ما بعد العلاج والتي تكتسِب أهمية بالِغة (العربية سكاي نيوز، ٢٠١٨).

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على دور المستوى التعليمي في التأثير على هذه التحديات، فللمستوى التعليمي دورٌ كبير في مواجهة تحديات الحياة، وللتعليم أهمية كبيرة سواءً بالنسبة للفرد أو المجتمع، فقد حثنا الرسول صلى الله عليه وسلم على طلب العلم فقال عليه الصلاة والسلام «من سلك طريقا يلتمس فيه علماً سهَّل الله له به طريقاً إلى الجنة» أخرجه مسلم، كما حثَّتِ الكثيرُ من الآيات على ذلك، ومنها قوله تعالى: ﴿ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي ٱلَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَٱلَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ۗ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُو۟لُوا۟ ٱلْأَلْبَٰبِ ﴾ [الزمر :٩] وهذا دليل على أهمية التعليم وأثره في حياة الإنسان حيث جاءت حاجة الإنسان للتعليم لتيسير حياته وتمهيد الصعاب، والتعليم هو الوسيلة الوحيدة التي تقود الفرد لتحقيق أهدافه وتجعله قادراً على الإبداع والابتكار ومواجهة تحديات الحياة، وتتمثل أهمية التعليم في زرع العديد من القيم والأخلاق في الفرد مثل القيم الثقافية والاجتماعية فيؤثِّر التعليم على جميع نواحي الحياة، فالشخص ذو المؤهِّل الكفْء يكون من السهل عليه تطوير مهاراته وقدراته ومواجهة الصعوبات والتحديات

التي يمر بها، فالتعليم يساعد في كسْب العديد من التجارب، كما يعمل على تحسين وعي الفرد، ويغيِّر من طريقة تفكيره مما يؤدى إلى التقدم والنجاح، ويحدث ذلك كله من خلال تلقي التعليم المناسب المؤهِّل والكَفوء.

أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

س١: ما هي الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً على مستواه التعليمي؟

س٢: ما هي النظرة المستقبلية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً على مستواه التعليمي؟

س٣: ما واقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً على المستوى التعليمي للناجين؟

س٤: ما هي طبيعة العلاقات الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً على المستوى التعليمي للناجين؟

س٥: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين دور المستوى التعليمي للأفراد الناجين من مرض السرطان ومحاور الدراسة بناءً من متغيرات (الجنس، الوظيفة الحالية، مدة الإصابة بالمرض، نوع العلاج).

أهمية الدراسة:

نظراً لأهمية التعليم في حياة الفرد، وأثره على نفسه، ودوره الفعَّال في جوانب الحياة المختلفة تأتي هذه الدراسة لتبين أثر المستوى التعليمي على نوعية جودة الحياة لدى الناجين من مرض السرطان، وتكتسب هذه الدراسة أهميتها النظرية من خلال:

– توعية الأفراد بخصائص الناجين من السرطان، وما يتميزون به من رؤى ومشاعر فريدة خَلقتها تجربة المرض الخطير من أبرزها حبُّهم للحياة، والإقبال عليها بعد الشفاء.

– تُعَدُّ هذه الدراسة إثراءً للمكتبة العربية التي تعاني من نقصٍ واضحٍ في الدراسات التي توضح علاقة التعليم بالصحة إجمالاً، وأثر التعليم على جودة حياة الناجين من السرطان على وجه الخصوص.

يمكن أن تساهم هذه الدراسة تطبيقياً من خلال:

– مساعدة أفراد المجتمع على فهم طبيعة دور التعليم في الدعم الإيجابي لحياة الناجين من السرطان.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على وجهات نظر أولئك الذين تعرضوا لمرض السرطان وتشافوا منه بفضل الله من حيث:

١. التعرف على دور التعليم في الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج.

٢. التعرف على دور التعليم في النظرة المستقبلية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج.

٣. التعرف على دور التعليم على واقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء من مرض السرطان.

٤. التعرف على دور التعليم في طبيعة العلاقات الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان.

مصطلحات الدراسة:

قد عرفت الباحثة مصطلحات الدراسة إجرائياً كما يلي:

١. مرض السرطان:

هو مجموعة واسعة من الأمراض التي تتميز بنموّ غير طبيعي للخلايا التي تنقسم بدون رقابة وتنتشر بشكل لا يمكن التحكم فيه، ولديها القدرة على اختراق الأنسجة وتدمير أنسجة سليمة في الجسم، ويشار إليها أيضاً بالأورام الخبيثة، وهي قادرة على الانتشار في جميع أنحاء الجسم تقريباً، كما يمكن علاج نسبة كبيرة من السرطانات عن طريق الجراحة أو المعالجة الإشعاعية أو المعالجة الكيميائية (منظمة الصحة العالمية).

٢. المستوى التعليمي:

هو آخر مؤهِّل علمي يتم الحصول عليه، ويحدد مستوى المعارف والكفايات التي تعلَّمها الفرد، ابتداءً من مراحل التعليم الأساسي وانتهاءً بالدكتوراه (دشتي ٢٠١٨).

ويعرف المستوى التعليمي في هذه الدراسة بأنه المؤهلات العلمية التي حصل عليها أفراد العينة وتنقسم إلى متوسط أو أقل، ثانوي، دبلوم، جامعي، دراسات عليا.

٣. جودة الحياة:

مفهوم شامل لِكل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، ويتسع ليشمل جميعَ أشكال الإشباع المادي بَدْءَاً من الحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته؛ وبناءً على ذلك فإن لجودة الحياة ظروفاً موضوعيةً ومكوِّناتٍ ذاتية (شيخي ،٢٠١٤).

وتعرف جودة الحياة في هذه الدراسة بأنها القدرة على العودة للحياة الطبيعية، والتعايش مع كل التغيرات التي تطرأ على الإنسان بعد التعافي من مرض السرطان ومزاولة الأنشطة اليومية بطريقة طبيعية، واستمرارية الحياة.

٤ . حدود الدراسة:

الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على الأفراد الذين تشافوا من مرض السرطان في دولة الكويت من جميع الجنسيات.

الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال شهري أكتوبر ونوفمبر من عام ٢٠١٩.

الفصل الثاني: الإطار النظري

الإطار النظري:

يحتوي هذا الجزء على ثلاثة مباحث: الأول ويتناول مدى انتشار مرض السرطان والثاني ويتناول العلاقة بين التعليم والصحة والثالث ويتناول العلاقة بين التعليم ومرض السرطان.

أولاً: مدى انتشار مرض السرطان:

- **على مستوى العالم:**

يُعتبَر السرطانُ من الأمراض غير السارية التي قد تؤدي إلى الوفاة، فوفقاً للتقرير الصادر من منظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٥ الذي يلزم الحكومات باتخاذ إجراءات عاجلة في سبيل بلوغ الغايات العالمية المتعلقة بخفض منسوب الأمراض غير السارية، ومنع الخسائر السنوية في الأرواح، التي تتمثل في الوفاة المبكرة -دون السبعين من العمر- لنحو ١٦ مليون شخص بسبب أمراض القلب والرئة والسكتة الدماغية والسرطان وداء السكري، وإن لم تفعل فسوف تستمر في فقد ملايين الأرواح قبل الأوان.

ذكرت منظمة الصحة العالمية أن مرض السرطان يأتي في المرتبة الثانية بعد مرض القلب، ويعتبر ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، وقد حصد في عام ٢٠١٥ وحدَه أرواحَ ٨,٨ مليون شخص، وفيما يلي أكثر أنواع السرطان شيوعاً في العالم عام ٢٠١٥ والتي تسببت في الوفاة مرتبةً ترتيباً تنازلياً:

سرطان الرئة (١,٦٩ million وفاة)، سرطان الكبد (٧٨٨٠٠٠ وفاة)، سرطان

القولون، والمستقيم (٧٧٤٠٠٠ وفاة)، سرطان المعدة (٧٥٤٠٠٠ وفاة)، سرطان الثدي (٥٧١٠٠٠ وفاة) وحسب ما ذكرته منظمة الصحة العالمية فإنَّ أعلى نسبة للوفيات كانت في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث بلغَتِ النسبة ٧٠٪ تقريباً من الوفيات الناجمة عن السرطان، وبينتْ أنَّ ثلث وفيات السرطان تقريباً يعود سببها للمارسات السلوكية والغذائية الخمسة التالية: ارتفاع منسوب كتلة الجسم، وعدم تناول الفواكه والخضراوات بشكل كاف، وقلّة النشاط البدني، وتعاطي التبغ والكحول، ويعتبر التبغ أهم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، وهو المسؤول عن ما يقارب ٢٢٪ من وفيات مرض السرطان، وتلك تعتبر من أهم العوامل الخطر الرئيسية المرتبطة بالسرطان في جميع أنحاء العالم (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥).

ينشأ السرطان عن تحوّل الخلايا العادية إلى خلايا ورمية عَبْرَ عملية متعدّدة المراحل تتطور عموماً من آفة محتملة التسرطن إلى أورام خبيثة، وهذه التحَوُّلاتُ ناجمةٌ عن التفاعل بين موروثات الفرد الجينية من جهة وبين ثلاث فئات من العوامل الخارجية هي:

١. العوامل المادية المسرطِنة، مثل الأشعة فوق البنفسجية والأشعة المؤيّنة.

٢. العوامل الكيميائية المسرطِنة، مثل الأسبستوس ومكوّنات دخان التبغ والأفلاتوكسين (أحد الملوّثات الغذائية) والزرنيخ (أحد ملوّثات مياه الشرب).

٣. العوامل البيولوجية المسرطِنة، مثل أنواع العدوى الناجمة عن بعض الفيروسات أو البكتيريا أو الطفيليات (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥).

وقد دشّنت المنظمة في عام ٢٠١٣ خطة العمل العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠ الرامية إلى خفض الوفيات

المبكرة بسبب السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة بنسبة ٢٥٪ بحلول عام ٢٠٢٥، وتتعاون المنظمةُ الدولية لبحوث السرطان مع سائر المؤسسات الأُخرى التابعة للأمم المتحدة في إطار فريق عمل موحد تشارك فيه الوكالات المعنية بالوقاية من الأمراض غير المعدية (غير السارية) ومكافحتها من جهة والهيئات الشريكة من جهة أُخرى للقيام بما يلي:

١. زيادة الالتزام السياسي بالوقاية من السرطان ومكافحته.

٢. تنسيق وإجراء البحوث التي تتناول مسببات السرطان لدى الإنسان وآليات التسرطن.

٣. رصد عبء السرطان في إطار عمل المبادرة العالمية لإعداد سجلات السرطان.

٤. تحديد استراتيجيات ذات أولوية بشأن الوقاية من السرطان ومكافحته.

٥. استحداث معارف جديدة ونشرها تيسيراً لتنفيذ نهج جديد لمكافحة السرطان.

٦. وضع معايير وأدوات لتوجيه عمليتي تخطيط وتنفيذ التدخلات المُنفّذة في مجالات كلّ من الوقاية من السرطان، والكشف عنه في مراحل مبكّرة، وتوفير خدمات العلاج منه، وتزويد مَرْضاه بالرعاية التي تبقيهم على قيد الحياة.

٧. تيسير إقامة شبكات واسعة بين الشركاء والخبراء في مجال مكافحة السرطان على الصعيدين العالمي والإقليمي، وعلى الصعيد الوطني.

٨. تعزيز النُظُم الصحية على الصعيدين الوطني والمحلي من أجل تزويد مرضى السرطان بخدمات العلاج والرعاية.

٩. توفير القيادة العالمية فضلاً عن تقديم المساعدة التقنية لدعم الحكومات وشركائها في وضع وصون برامج معنية، وذلك بتقديم خدمات عالية الجودة في ميدان مكافحة سرطان عُنُق الرحم.

١٠. تقديم المساعدة التقنية اللازمة لنقل أفضل الممارسات المُتبَعة في مجال تنفيذ تدخلات مكافحة السرطان نقلاً سريعاً وفعالاً إلى البلدان النامية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣).

- على مستوى الكويت:

تحتل الكويت المرتبةَ الثالثة خليجياً بعد قطر والبحرين بِعدد المصابين بمرض السرطان حسب إحصائية الحملة الوطنية للتوعية بمرض السرطان كان وبعدها تأتي المملكة العربية السعودية ثم سلطنة عُمان، وتأتي دولة الإمارات العربية المتحدة في المرتبة الأخيرة، حيث إنَّ نسبة الإصابة بمرض السرطان في دولة الكويت قد ارتفعت خلال الثلاثين عام الماضية، ويعود ذلك إلى العادات الغذائية الخاطئة، وعدم الاهتمام بشكل كبير بممارسة الرياضة، على الرغم من أنَّ المعلومات الطبية تؤكد كما أسلفنا أنَّ معظم مسببات السرطان لا تزال مجهولة طبياً، ولكنَّ أبرز المسببات المتداولة لهذا المرض هي الوراثة- التدخين - الغذاء- الممارسات الجنسية- الأشعة- التوزيع الجغرافي- المهنة والتلوث، وتنتشر في الكويت ستة أنواع شائعة من السرطانات، وتختلف هذه الأنواع من حيث درجة الانتشار بين فئة الكويتيين وغير الكويتيين، ولم تعلن المصادر الطبية المحلية أسباب هذا الاختلاف، غير أنَّ من المرجَّح أنْ تكون هذه الأسباب متعلقة بطبيعة الأعمال والوظائف، وبالبيئة التي يعيش فيها الشخص ما إذا كانت ملوثة أمْ لا، إضافة إلى أنَّ هناك أنواع من السرطانات قد يحملها

الوافدون معهم من بلدانهم ذات الطبيعة المعضيَّنة وظروف معيشتهم فيها. أمَّا عن أكثر السرطانات انتشاراً بين الكويتيين أنفسهم فهي الدم بنسبة (٤ , ١١٪)، واللمفوم بنسبة (٢ , ١١٪)، والبروستاتا بنسبة (٩ , ١٠٪)، والرئة والبلعوم بنسبة (٢ , ٩٪)، والقولون بنسبة (٩ , ٦٪)، والمثانة بنسبة (٥ , ٦٪).

فيما تصيب غيرَ الكويتيين السرطاناتُ التالية: اللمفوم بنسبة (٦ , ١٠٪)، الرئة والبلعوم بنسبة (٣ , ١٠٪)، والدم بنسبة (٦ , ٩٪)، والمثانة بنسبة (٨ , ٨٪)، والقولون بنسبة (٩ , ٧٪)، والبروستاتا بنسبة (٢ , ٥٪). ويعتبر سرطان الثدي الأكثر انتشاراً بين نساء الكويت، أمَّا الرجال فسرطان الرئة والقولون هما الأكثر انتشاراً؛ وذلك بسبب التدخين. (الجريدة، ٢٠٢٠)

وبحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٥، يعتبر التدخين السبب الرئيسي للإصابة بمرض السرطان، وذلك بنسبة ٢٢٪ إلى ٣٠٪، ويظهر التقرير انتشار التدخين بين رجال تونس (٤ , ٦١٪)، يليهم رجال اليمن، في حين أن أقل نسبة انتشار للتدخين بين الرجال فهي في عُمان، أمَّا بالنسبة للتدخين بين أوساط الشباب (الذكور) فقد أوضح التقرير أنَّ النسبة الأكبر كانت من نصيب شباب الكويت وأدناها من نصيب شباب البحرين. (2015. World Health Organization).

ووفقاً لإحصائية مركز الكويت لمكافحة السرطان، فإنَّ إجمالي عدد الإصابات بالمرض المسجلة خلال عام ٢٠١٥ بين الكويتيين من الذكور والإناث بلغ ٢٦٨٠ إصابة في حين بلغ معدل الإصابة بين الوافدين ١١٤ إصابة لكل ١٠٠ ألف وافد، ووِفْقَ ما ذكر مركز حسين مكّي جمعة لعلاج السرطان فإنَّ نسبة الإصابة بالسرطان في الكويت تعتبر ثابتة، غير أن أرقام الإصابة تزيد مع زيادة عدد السكان. (Kuwait

(2015, Cancer Registry Annual Report).

تعتبر دولة الكويت من أوائل الدول التي وضعت استراتيجيات عامة لمكافحة السرطان، وتعتمد هذه الاستراتيجيات على التوعية بالمرض، والكشف المبكِّر عنه، والعلاج، والمتابعة، والرعاية التلطيفية، وهي أمور متشابكة فيما بينها، وقد أوصت بها منظمةُ الصحة العالمية، لتحقيق أفضل نتائج لعلاج السرطان. وتسعى وزارة الصحة إلى تحقيق معدلات نمو مستدامة لتطوير نظام رعاية صحي وطني قادرٍ على معالجة المشكلات الصحية وبناء مجتمع صحي يضمن تمتُّعَ جميعِ أفراده بحياة سليمة. وتبذل وزارة الصحة في دولة الكويت جهوداً مكثفة لوضع رؤيتها التنموية المستدامة موضعَ التطبيق بهدف الارتقاء بمنظومة صحية عالية الجودة في البلاد، وذلك بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية والمنظمات الدولية، وتتضمن تلك الرؤية في أحد جوانبها سعيَ وزارة الصحة الدؤوب من أجل الانتقال من مرحلة علاج الأمراض وتوفير الأدوية والمعدات الطبية باهظة الثمن، إلى مرحلة الوقاية من تلك الأمراض والتصدي لعوامل خطورتها بمراحلها المبكرة وإجراء المسوحات الصحية بغيةَ الاكتشاف المبكر لها قبل حدوثها، وبالنسبة لتكلفة علاج السرطان في دولة الكويت فإنه وفقاً لميزانية (٢٠١٧/ ٢٠١٨) فإنَّ كلفة الأدوية المخصصة لعلاج أمراض السرطان بلغت ٢٣ مليون دينار كويتي (وهو ما يعادل نحو ٧٦ مليون دولار أمريكي)، وحسب ما أثبتته الحملة الوطنية للتوعية بمرض السرطان كان فإنَّ نسبة الوعي بمرض السرطان قد ارتفعت في الآونة الأخيرة من ١٧٪ إلى ٨٠٪ في دولة الكويت (صحيفة الراي، ٢٠١٨).

ثانياً: العلاقة بين التعليم والصحة:

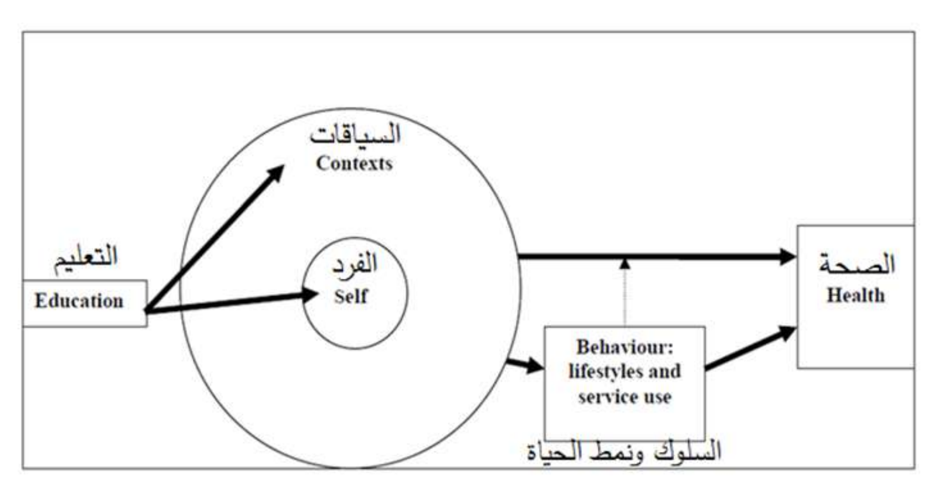
العلاقة بين التعليم والصحة علاقة مركبة متشابكة، وأحد أهم جوانب هذه العلاقة يتجسد من خلال تأثير التعليم على أُسلوب أو نمط حياة الإنسان، أو ما يعرف بالاختيارات الحياتية الشخصية، فمن المنظور الاجتماعي يشير مصطلح نمط أو نوعية الحياة إلى توصيف الطريقة التي يحيا بها الإنسان حياته، وتترك نوعية التعليم والفترة التي قضاها المرء على مقاعد الدراسة أثراً عميقاً ليس فقط على الاختيارات الشخصية للمرء، وإنما أيضاً على حياة الأشخاص المحيطين به، وخصوصاً أفراد الأسرة، وبالتحديد الأطفال، حيث تُظهِر الإحصائيات والدراسات التي تجرى في الدول النامية وجودَ علاقة قوية بين مستوى تعليم الأمهات وبين مستويات التطعيمات بين الأطفال ضد العديد من الأمراض المعدية التي يمكن تحقيق الوقاية ضدها من خلال التطعيمات الطبية، والصحة والتعليم أمران لا يمكن الفصل بينهما، وعنصران يقوي أحدهما الآخر في ظلّ إطار واحد، كما بينت منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥).

التفاعل بين التحصيل العلمي والصحة واقع حقيقي، فإنَّ الفردَ الذي تلقى تعليماً جيداً تكون صحته أفضل وإصابته بالأمراض أقل من الأشخاص الذين يعانون من انخفاض في مستوى التعليم، واستطراداً يعانون من ضعف في الصحة أيضاً، والحال نفسه بالنسبة للوفاة فإنَّ المتعلمين عادة ما تكون نسب وفِيَّاتهم أقلَّ من أولئك الذين يملكون تعليماً غيرَ جيد. (العازمي ٢٠١٦.).

وقد ذكرت دراسة (2011 Brunello. Fort. Shneeweis. ember) أن الأشخاص المتعلمين بشكل جيد يميلون إلى ممارسة الرياضة بانتظام واتباع حمية غذائية متوازنة، ويحافظون على إجراء الفحوصات الدورية، كذلك فإنهم غالبا ما يكونون

غير مدخنين، وذلك كله يؤدي إلى صحة أفضل، ومن جهة أخرى نجد العكس تماماً لدى الأشخاص الذين يملكون تعليماً متدنياً، فهم غالبا ما يكونون مدخنين ولا يمارسون الرياضة بانتظام، ويهملون عمل الفحوصات الدورية ولا يهتمون بنوعية الطعام الذي يتناولونه؛ مما يؤثر بشكل مباشر على صحتهم.

وقد وصفت العلاقة بين التعليم والصحة بأنها علاقة غير مباشرة، فالتعليم يؤثر على الصحة ولكن بشكل غير مباشر من خلال مجموعة من العوامل الموجودة في البيئة المحيطة للفرد التي بدورها تؤثر على سلوكياته فتشَكِّل نمَطَ حياته، فتنصب مباشرة على صحته وتؤثر بها، كما يظهر لدينا في النموذج التالي الذي يبيِّن المفاهيم المؤثرة على الصحة: (Feinstein, Sabates, Anderson, Sorhaindo and Hammond, 2005).



شكل (١) المفاهيم الرئيسية لتأثيرات التعليم على الصحة

يشير النموذج السابق إلى دور التعليم في تحسين الصحة، وتعزيز قدرة الأفراد والمجتمعات المتعلمة على حماية نفسها من بعض الأخطار الصحية التي من الممكن أن تهدد حياة الإنسان، كما يشير إلى أنَّ آثار التعليم على الصحة لا تعمل في

اتجاه واحد فقط، بل تعمل في اتجاهات مختلفة فتطال (الفردَ، السياقاتِ، والمجتمع ككل).

ويشير (Feinstein et al.. 2006) إلى أن للتعليم آثاراً مباشرةً على نتائج الصحة مثل: نسبة الوفيات، فقد يجعل التعليم حياة الأفراد أطول، وكذلك الصحة العقلية والجسدية، الصحة الجنسية والإنجابية، وآثار تعليم الوالدين على صحة أطفالهم، وكذلك على السلوكيات الصحية، فقد ظهر أثره جلِيّاً في الوقاية من أعلى سبعة سلوكيات خطرة على الصحة، وهي: التدخين، وتناول الكحول، وزيادة الوزن والسمنة، وقلة استهلاك الفاكهة والخضار في الغذاء، والخمول البدني، والمخدرات غير المشروعة، والجنس غير الآمن.

وتُعتبَر الخلفيةُ الثقافية للعائلة من الآثار الواضحة للتعليم على الصحة، حيث إنَّ بعض العائلات تهتم بالتعليم وتحُثُّ أبناءَها عليه، وبالمقابل هناك أُسَرٌ لا تُعِير التعليمَ أيَّ اهتمام، إذ تؤْثِر تلك الثقافةَ على صحة أفراد العائلة، وهذه الثقافة وهذا التعليم يقودان إلى تفكير مختلف وأنماط مختلفة في اتخاذ القرار؛ لذلك فإنَّ أيَّ سياسة تؤثِّر على التعليم سيكون لها وقْعٌ مباشَرٌ على صحة الإنسان، وبذلك يمكننا القول: إنَّ الصحةَ الجيدة هي ناتجٌ من نواتج التعليم الجيد.

ثالثاً: العلاقة بين التعليم والسرطان:

يُعَدُّ التعليم أمراً أساسياً في جميع نواحي الحياة، حتى تلك التي تتعلق بالمرض، فيقوم المتخصصون في جميع مجالات الطب والبحوث بتبادُل المعارف، ويعملون معًا لصالح تثقيف أفراد المجتمع بشأن السرطان، والوعي للمرضى، ومقدمي الرعاية والموظفين، والتي تشمل الوقاية والمخاطر والعلاج والبقاء على قيد الحياة والرعاية

في مرحلة الاحتضار (2020,mayo clinic).

وقد اهتمت بعضُ الدول ومنها دولة الكويت بالطلبة المرضى اهتماماً بالغاً، فهناك أطفالٌ يضطرهم المرض للإقامة في المستشفى لفترة طويلة ويهدد حياتهم بالخطر، فبالإضافة إلى الخوف من المرض، يساورهم القلق من حرمانهم من مواصلة حياتهم العلمية، ومن هنا تبرز أهمية ما يسمى بالمستشفيات المدرسية التي تؤدِّي مهمةً مزدوَجة تتمثل في علاج الأطفال وأيضاً في تعليمهم بعضاً من المناهج المدرسية، ومنح الأطفال الذي يعانون أمراضاً مزمنة، لا سيما السرطان حقَّ التعلُّم خلال رحلة علاجهم التي قد تمتد لسنوات، بُغْية تجنُّب تأخُّرهم دراسياً، ولِكي يتسنى لهم لاحقاً الالتحاق بمدارسهم الاعتيادية، والاندماج فيها دون مشاكِلَ بعد شفائهم وخروجهم من المستشفى، وذلك من قِبَل المستشفيات وبعض المراكز الخاصة بمرضى السرطان، ومن أمثلة ذلك في دولة الكويت: جمعية (أبي أتعلم)، وهي جمعية مهتمة باستمرار تعليم أطفال السرطان، وكذلك (مدرسة المستشفى) وهي مبادرة كويتية لتعليم أطفال السرطان في دولة الكويت أطلقتها جمعيةُ (صندوق إعانة المرضى الخيرية).

وقد أشارت دراسة كل من (2009 Gurney , Krull, etal)، إلى أنَّ الناجين من السرطان لديهم رغبة باستكمال الحياة الدراسية بعد المرض خصوصاً عند الإصابة به في سِنِّ الطفولة المبكرة، حيث استكمل الناجون دراستهم الثانوية والجامعية، وتتفاوت الرغبة في إتمام الدراسة على حسب الحالة المرضية، فتقِلُّ النسبةُ لدى ذوي الحالات الخطرة كسرطان المخ، سرطان الدم، والورم الأرومي.

وقام كلٌّ من (Parsons. Helen, C., Harlan, F., Lynch, S., Hamilton,

Xiao-Cheng Wu, Ikuko Kato, M., Schwartz, W., Smith, Gretchen Keel, M., Keegan., 2012). بعمل دراسة للتعرف على تأثير السرطان على العمل والتعلم في الولايات المتحدة، ومن خلال الدراسة تبين أنَّ الكثيرَ من المرضى الناجين من السرطان قد عادوا إلى دراستهم، والقليل منهم الذين لم يكملوا الدراسة بسبب التأثير السلبي للسرطان الناتج من نوع العلاج والعمُر عند التشخيص.

وقد أجرى كلٌّ من (Hay, Nabors, Sullivan and Zygmund 2015) دراسة هدفت إلى دمج الطلاب المصابين بالسرطان مع أقرانهم في المدرسة داخل الفصول الدراسية العادية، وذلك مراعاة لنفسية الطالب المصاب بمرض السرطان، والمحاولة على تشجيعه لمواصلة الدراسة، ولأن هذا الطالب قد يتعرض لإعاقات معرفية وصعوبات في التعلم قد تجعله يتغيب عن المدرسة، وقد يواجه صعوبات قصيرة وطويلة الأجل، فإن العودة إلى المدرسة تُعتبَر واحده من أفضل الطرق التي تُحَسِّن من جودة حياة الطفل المصاب بمرض السرطان.

يتبين مما سبق أنَّ المرض لا يقف حاجزاً أمام طموحات الإنسان ورغبته بالعلم والتعلم، فهناك أجساد صغيرة أنهكها المرض ترقد على أَسِرَّة الشفاء في المستشفى، تغفو أعينهم على أصوات الأجهزة الطبية من حولهم وتستيقظ على بياض الأغطية، حرمهم المرض الجلوس على مقاعد المدرسة بجانب زملائهم، فجاءتهم المقاعد إلى المستشفى، كفرصة أمل لولاها لضاقت بهم وبأُسَرِهم الحياةُ، فبالعلم يتغلَّب مرضى السرطان على وقتهم القاتل.

تناول الإطار النظري ثلاث قضايا وهي:

أولاً: مدى انتشار مرض السرطان، وقد انقسم إلى جزئين الأول على مستوى

العالم حيث جاء فيما ذكرته منظمة الصحة العالمية أن مرض السرطان يأتي في المرتبة الثانية بعد مرض القلب، ويعتبر ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، أما الجزء الثاني على مستوى دولة الكويت، حيث تبين أن الكويت تحتل المرتبة الثالثة خليجياً حسب إحصائية الحملة الوطنية للتوعية بمرض السرطان كان.

ثانياً: العلاقة بين التعليم والصحة، حيث تبين أن التعليم والصحة أمران لا يمكن الفصل بينهما وعنصران يقوي إحداهما الآخر كما بينت منظمة الصحة العالمية.

ثالثاً: العلاقة بين التعليم ومرض السرطان، حيث يعتبر التعليم أمراً أساسياً في جميع نواحي الحياة حتى تلك التي تتعلق بالمرض، فقد اهتمت دولة الكويت بالطلبة المرضى اهتماماً بالغاً حيث وفرت التعليم لمن اضطر للبقاء في المستشفى لمدة طويلة لتفادي التأخر دراسياً.

الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية

يتضمن هذا الفصل وصْفَ حدود الدراسة وعرضاً مفصلاً لمجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وطرق التحقق من صدق وثبات الأداة، إضافة إلى إجراءات الدراسة، ومتغيرات الدراسة، وأخيراً عرض لأهم المعالجات الإحصائية بناءً على أسئلة الدراسة لتحليل البيانات.

أولاً: منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي للكشف عن أثر متغير المستوى التعليمي في تغيير نمط حياة الأفراد الناجين من مرض السرطان.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينته:

يتكون مجتمع الدراسة من الأفراد الناجين من مرض السرطان في دولة الكويت، وحيث إنه من الصعوبة بمكان تحديد عدد مجتمع الدراسة لما فيه من التعقيدات الكثيرة؛ وذلك نظراً لعدم وجود قاعدة بيانات بالذين أصيبوا بالمرض وتشافوا منه، أمَّا المتوفر عند الباحثة فهو عدد المصابين بالسرطان خلال آخر إحصائية فإنَّ إجمالي عدد الإصابات المسجلة عام ٢٠١٥ من الذكور والإناث بين الكويتيين بالمرض بلغ ٢٦٨٠ إصابة في حين بلغ معدل الإصابة بين الوافدين ١١٤ لكل ١٠٠ ألف وافد، وذلك حسب ما ذكر مركز حسين مكّي جمعة لعلاج السرطان Kuwait Cancer Registry Annual Report, (2015)

عينة الدراسة:

استَخدَمت الباحثةُ العينةَ المتاحة، وكان عددها (٨٢) وتم استبعاد (١٦)

لعدم اكتمال البينات، فقد اشتملت العينة على (٦٦) من الأفراد الناجين من مرض السرطان في دولة الكويت، وكان ذلك خلال شهري أكتوبر ونوفمبر من عام ٢٠١٩، ونظراً لصعوبة الوصول إلى جميع أفراد العينة المستهدفة، فقد تم تطبيق الاستبانة إلكترونيا والإجابة على أسئلتها من خلال تطبيقات التواصل الاجتماعي، وذلك عن طريق البرامج التالية: واتساب، انستقرام وتويتر للتواصل مع أفراد العينة. وهي إحدى الطرق التي يمكن استخدامها لتوزيع الاستبيان، ويتميز الاستبيان الإلكتروني والذي غالبا ما يكون منشوراً على موقع ما بأنه طريقة سريعة جداً لعرض المعلومات للمستهدَف من الاستبيان والحصول على إجابات منه في مدة قصيرة، ولاستخدام وتطبيق الاستبانة إلكترونياً عدد من الفوائد منها:

١. سهولة وسرعة تعبئة الاستبيان.

٢. سهولة وسرعة الحصول على النتيجة.

٣. تكلفته أقل من تكلفة الطريقة التقليدية الورقية.

٤. سهولة نشر الاستبيان حيث إنه عبارة عن رابط يمكن نشره بكل سهولة.

لقد تم توزيع مفردات العينة حسب متغيرات: الجنس، والمؤهل التعليمي، والوظيفة الحالية للمريض، ومدة الإصابة بالمرض، ونوع العلاج المستخدم، كما يتبين في الجدول التالي:

المتغير الديموغرافي	أقسام المتغير الديموغرافي	العدد	النسبة المئوية
١. الجنس	ذكر	٧	١٠,٦٪
	أنثى	٥٩	٨٩,٤٪
	المجموع	٦٦	١٠٠,٠٪
٢. المستوى التعليمي	متوسط أو اقل	٥	٧,٦٪
	ثانوي	١٤	٢١,٢٪
	دبلوم	٢٥	٣٧,٩٪
	جامعي	١٧	٢٥,٨٪
	دراسات عليا (ماجستير/ دكتوراه)	٥	٧,٦٪
	المجموع	٦٦	١٠٠,٠٪
٣. نوع العلاج المستخدم	كيميائي	٩	١٣,٦٪
	جرَّاح	٥	٧,٦٪
	كيميائي إشعاعي	٤	٦,١٪
	كيميائي جراحي	١٠	١٥,٢٪
	جراحي إشعاعي	٨	١٢,١٪
	كيميائي جراحي إشعاعي	٣٠	٤٥,٥٪
	المجموع	٦٦	١٠٠,٠٪
٤. الوظيفة الحالية	طالب	٣	٤,٥٪
	لا أعمل	١٤	٢١,٢٪
	موظف	٢٤	٣٦,٤٪
	عمل خاص	٥	٧,٦٪
	متقاعد	٢٠	٣٠,٣٪
	المجموع	٦٦	١٠٠,٠٪
٥. مدة الإصابة بالمرض	أقل من سنة	٢١	٣١,٨٪
	من سنة إلى ٥ سنوات	٣٥	٥٣,٠٪
	أكثر من ٥ سنوات	١٠	١٥,٢٪
	المجموع	٦٦	١٠٠,٠٪

جدول (١): توزيع العينة حسب المتغيرات الديموغرافية للطلبة المشمولين في الدراسة

يلاحظ من الجدول السابق أنَّ النسبة المئوية للإناث في العينة بلغتْ ٤ , ٨٩٪ مقابل ٦ , ١٠٪ للذكور، وبالنسبة للمستوى التعليمي، فقد كانت النسبة المئوية لأصحاب المؤهلات متوسط أو أقل ٪٦ , ٧ مقابل ٢ , ٢١٪ لأصحاب المؤهل الثانوي و٩ , ٣٧٪ للحاصلين على مؤهل الدبلوم و٨ , ٢٥٪ للحاصلين على مؤهل جامعي و٦ , ٧٪ للحاصلين على مؤهل دراسات عليا، كان توزيع العينة حسب نوع العلاج المستخدم لمعالجة مريض السرطان على النحو التالي: العلاج الكيميائي ٦ , ١٣٪، العلاج الجراحي ٦ , ٧٪، علاج كيميائي وإشعاعي ١ , ٦٪، علاج كيميائي وجراحي ٢ , ١٥٪، علاج جراحي وإشعاعي ٪١ , ١٢، في حين كانت نسبة من عالج بجميع أنواع العلاج (كيميائي- جراحي- إشعاعي) في العينة ٥ , ٤٥٪.

يلاحظ من الجدول السابق أنَّ ٣٦٪ تقريبا من مفردات العينة موظفون وما يقارب من ٣٠٪ منهم متقاعدون وما نسبته ٢١٪ تقريبا لا يعملون، وما يقارب من ٨٪ يملكون عملاً خاصاً و٥٪ تقريبا طلبة، وحول مدة الإصابة بالمرض فيلاحظ من الجدول أنَ إصابة غالبية (٥٣٪) المرضى في العينة تتراوح بين سنة و٥ سنوات، وما يقارب من ٣٢٪ أصيبوا بالمرض لمدة تقل عن سنة و١٥٪ كانت إصابتهم بالمرض لمدد تزيد على خمس سنوات.

رابعاً: متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية: (الجنس- المستوى التعليمي- الوظيفة الحالية- مدة الإصابة بالمرض- نوع العلاج).

خامساً: أداة الدراسة:

قامت الباحثة ببناء وتصميم استبانة لقياس (دور المستوى التعليمي على نوعية

جودة الحياة لدى الناجين من مرض السرطان)، وذلك بعد الاطلاع على الدراسات السابقة التي تربط بين (مرض السرطان، التعليم، الصحة)، وحصرت أهم الأبعاد المكونة لنمط الحياة والتي لها علاقة بِجودة الحياة لدى المرضى والناجين من مرض السرطان، كالحالة النفسية والنظرة المستقبلية وواقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء والعلاقات الاجتماعية، وقد تضمنت الاستبانة في صورتها الأولية (٤٦) سؤال، وبعد عرضها على مجموعة من الأساتذة المحكمين في كلية التربية بجامعة الكويت، للاستفادة من خبرتهم وملاحظاتهم، تم تعديل صياغة بعض العبارات، وإضافة وحذف عبارات أخرى، وأخيراً تم إخراج الاستبانة بصورتها النهائية، والتي تضمنت (٤٦) سؤال، موزعة على أربعة محاور كالتالي:

المحور الأول: أثر الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج، ويتضمن (١٣) بنداً.

المحور الثاني: أثر النظرة المستقبلية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج، وتتضمن (٧) بنود.

المحور الثالث: أثر واقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء من مرض السرطان، وتتضمن (١٦) بنداً.

المحور الرابع: أثر طبيعة العلاقات الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان، ويتضمن (١٠) بنود.

الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

أولا: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما هي الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً على مستواه التعليمي؟

نلاحظ من نتائج الجدول رقم (٥) أدناه ما يلي:

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
١٣	أصبحت أعطى كل مرض حجمه الحقيقي	المتوسط	٢,٦٠	٢,٥٠	٢,٦٨	٢,٧١	٣,٠٠	٢,٦٦	مرتفعة	١
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٥١٩	٠,٤٧٦	٠,٥٨٨	٠,٠			
١١	كنت أشعر برضا تجاه حياتي	المتوسط	٢,٨٠٠	٢,٤٣	٢,٦٤	٢,٢٩	٢,٤٠	٢,٥٠	مرتفعة	٢
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٨٥٢	٠,٧٠٠	٠,٧٧٢	٠,٨٩٤			
٣	كنت أحاول الاستمتاع بحياتي قدر المستطاع	المتوسط	٢,٨٠	٢,٥٠	٢,٦٠	٢,٠٦	٣,٠٠	٢,٤٨	مرتفعة	٣
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٦٥٠	٠,٥٧٧	٠,٥٥٦	٠,٠٠			
١٢	تكونت لديَّ القدرة على التعامل مع الإجهاد والتعب بشكل أفضل.	المتوسط	٢,٤	٢,٢١	٤٨.٢	٢,٤١	٢,٨٠	٢,٤٢	مرتفعة	٤
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٨٠١	٠,٦٥٣	٠,٧١٢	٠,٤٤٧			
٢	واجهتني صعوبة في ممارسة بعض الأعمال اليومية بشكل طبيعي	المتوسط	٢,٠٠	٢,٤٣	١,٩٦	٢,٣٥	٢,١٨	٢,١٨*	مرتفعة	٥
		الانحراف المعياري	٠,٧٠٧	٠,٧٥٦	٠,٧٣٥	٠,٦٠٦	٠,٤٤٧			

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
٨	شعرت بالخوف من احتمالية عودة الإصابة بمرض السرطان بعد الشفاء منه	المتوسط	٢,٠٠	٢,٣٦	٢,٢٠	٢,١٢	١,٤٠	٢,١٤*	مرتفعة	٦
		الانحراف المعياري	٠,٠٠	٠,٤٩٧	٠,٧٠٧	٠,٦٠٠	٠,٥٤٨			
٩	عانيت من تقلبات المزاج	المتوسط	٢,٠٠	٢,٢٩	٢,٢٤	٢,٠٦	١,٤٠	٢,١٢*	متوسطة	٧
		الانحراف المعياري	٠,٧٠٧	٠,٦١١	٠,٦٣٣	٠,٧٤٨	٠,٥٤٨			
١	راودتني بعض المشاعر السلبية مثل الخوف والقلق والإحباط	المتوسط	٢,٢٠	٢,٢١	١,٨٤	٢,١٨	١,٨٠	٢,٠٣*	متوسطة	٨
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٥٨٨	٠,٦٢٥	٠,٦٣٦	٠,٤٤٧			
٧	شعرت بالحزن تجاه التغيرات التي طرأت على مظهري الخارجي بسبب العلاج الكيميائي	المتوسط	١,٦٠	٢,١٤	٢,٠٠	٢,١٢	٢,٠٠	٢,٠٣*	متوسطة	٨
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٨٨٦	٠,٨١٧	٠,٥٧٨	١,٠٠			
٤	شعرت بالاكتئاب تجاه الحياة نتيجة مضاعفات العلاج	المتوسط	١,٨٠	١,٧٩	٢,١٦	١,٨٢	٢,٢٠	١,٩٧*	متوسطة	١٠
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٥٨٨	٠,٦٢٥	٠,٦٣٦	٠,٤٤٧			
٥	تجنبت التجمعات والعلاقات الاجتماعية أثناء فترة العلاج	المتوسط	١,٦٠	٢,٠٠	١,٦٤	٢,٢٣	١,٨٠	١,٨٨*	متوسطة	١١
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٧٨٤	٠,٨٦٠	٠,٦٦٤	٠,٨٤٧			

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
١٠	شعرت بالخوف من الموت بسبب السرطان	المتوسط	١,٦٠	٢,٠٠	١,٥٦	١,٧٦	١,٠٠	١,٦٧*	منخفضة	١٢
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٨٧٧	٠,٧١٢	٠,٨٣١	٠,٠٠٠			
٦	ترددت في تكوين صداقات جديدة أثناء فترة العلاج	المتوسط	١,٦٠	١,٦٤	١,٦٤	١,٥٣	١,٢٠	١,٥٨*	منخفضة	١٣
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٨٤٢	٠,٨٦٠	٠,٧١٧	٠,٤٤٧			
	متوسط المحور	المتوسط	٢,٣٤	٢,٠٤	٢,٢٧	٢,٠٩	٢,٤٩	٢,٢٠	متوسطة	
		الانحراف المعياري	٠,٢٩٥	٠,٤٩٩	٠,٤٤٨	٠,٤٣٠	٠,٢٤٧			

جدول (٥): التحليل الوصفي للمحور الأول

ما الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً مستواه التعليمي

* تم إعادة ترميز السؤال عند حساب المتوسط العام للمحور؛ لأن اتجاه السؤال سلبي.

يلاحَظ من الجدول أنَّ متوسط محور الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء العلاج ٢,٢٠ بدلالة لفظية متوسطة، وقد كان متوسط المرضى أصحاب المؤهِّل الثانوي الأدنى بقيمة ٢,٠٤ بانحراف معياري ٠,٤٩٩، في حين كان أعلى متوسط للمرضى من أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا بقيمة ٢,٤٩ بانحراف معياري ٠,٢٤٧، وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل متوسط أو أقل ٢,٣٤، ومتوسط المرضى أصحاب مؤهِّل الدبلوم ٢,٢٧، ومتوسط أصحاب المؤهِّلات الجامعية ٢,٠٩.

وقد كانت الدلالة اللفظية للمتوسط مرتفعة للفقرات الأربعة التالية، والتي كانت على الترتيب: «أصبحت أعطِي كل مرض حجمه الحقيقي» بمتوسط ٢,٦٦، وجاءت الفقرة «كنت أشعر برضا تجاه حياتي» ثانيا بمتوسط ٢,٥٠، ومن بعده

الفقرة «كنت أحاول الاستمتاع بحياتي قدر المستطاع» بمتوسط ٢,٤٨، ومن ثم جاءت الفقرة «تكونت لدي القدرة على التعامل مع الإجهاد والتعب بشكل أفضل» بمتوسط ٢,٤٢، وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا هو الأعلى لمعظم تلك الفقرات.

جاءت متوسطات الفقرات السبعة التالية بدلالة لفظية متوسطة، وكانت على الترتيب من حيث قيمة المتوسط: «واجهتني صعوبة في ممارسة بعض الأعمال اليومية بشكل طبيعي» بمتوسط ٢,١٨، ومن ثم الفقرة «شعرتُ بالخوف من احتمالية عودة الإصابة بمرض السرطان بعد الشفاء منه» بمتوسط ٢,١٤، وجاء ثالثاً الفقرة «عانيتُ من تقلُّبات المزاج» بمتوسط ٢,١٢، ومن ثم جاءت الفقرة «راودتني بعض المشاعر السلبية مثل الخوف والقلق والإحباط» وكذلك الفقرة «شعرتُ بالحزن تجاه التغيرات التي طرأت على مظهري الخارجي بسبب العلاج الكيميائي» بالمرتبة الثامنة وكان متوسط كلا الفقرتين ٢,٠٣، ومن ذلك جاءت كلٌّ من الفقرتين التاليتين في المرتبة العاشرة «شعرتُ بالاكتئاب تجاه الحياة نتيجة مضاعفات العلاج» و«تجنبتُ التجمعات والعلاقات الاجتماعية أثناء فترة العلاج»، وقد كان متوسط هاتين الفقرتين ١,٨٨، وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا هو الأدنى مقارنةً ببقية المرضى من أصحاب المؤهِّلات التعليمية الأخرى للفقرات الثلاثة الأخيرة لهذا المحور، في حين كان متوسط أصحاب المؤهلات الثانوية هو الاعلى لنفس الفقرات.

جاء متوسط الفقرتين التاليتين بدلالة لفظية منخفضة، وكانتا على الترتيب: «شعرتُ بالخوف من احتمالية عودة الإصابة بمرض السرطان بعد الشفاء منه» بمتوسط ١,٦٧، وجاء ثانياً الفقرة: «ترددت في تكوين صداقات جديدة أثناء فترة

العلاج» بمتوسط ١,٥٨ . وقد كان متوسط أصحاب المؤهّلات الثانوية هو الأعلى لهاتين الفقرتين في حين كان متوسط أصحاب مؤهّل الدراسات العليا هو الأعلى.

ثانياً: ما النظرة المستقبلية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً على مستواه التعليمي؟

نلاحظ من نتائج الجدول رقم (٦) أدناه ما يلي:

رقم الفقرة	البند		أبدا	أحيانا	دائما	المتوسط	الانحراف المعياري	الدلالة اللفظية	الترتيب
١٤	تكونت عندي نظرة إيجابية تجاه الحياة المستقبلية.	العدد	٥	٢١	٤٠	٢,٥٣	.٦٣٨	عالية	١
		٪	٧,٦٪	٣١,٨٪	٦٠,٦٪				
١٦	أصبحت لدي رغبة في تطوير الذات	العدد	٧	٢٢	٣٧	٢,٤٥	.٦٨٣	عالية	٢
		٪	١٠,٦٪	٣٣,٣٪	٥٦,١٪				
١٥	أفكر بالمشاركة بالأعمال الاجتماعية التطوعية.	العدد	٩	٢٦	٣٤	٢,٣٣	.٧٠٩	متوسطة	٣
		٪	١٣,٦٪	٣٩,٤٪	٤٧٪				
١٩	يراودني باستمرار شعور الخوف من عودة الإصابة بالمرض بعد التعافي.	العدد	١٦	٣٤	١٦	٢,٠٠*	.٧٠٢	متوسطة	٤
		٪	٢٤,٢٪	٥١,٦٪	٢٤,٢٪				
١٧	أشعر بعدم الاطمئنان بشأن المستقبل.	العدد	٣٨	١٧	١١	١,٥٩*	.٧٦٤	منخفضة	٥
		٪	٥٧,٦٪	٢٥,٨٪	١٦,٧٪				
٢٠	أشعر بالإحباط تجاه المستقبل من حيث الخطط والأهداف.	العدد	٤٣	١٤	٩	١,٤٨*	.٧٢٨	منخفضة	٦
		٪	٦٥,٢٪	٢١,٢٪	١٣,٦٪				
١٨	أفكر بالانقطاع عن العمل بعد التعافي.	العدد	٤٤	١٤	٨	١,٤٥*	.٧٠٦	منخفضة	٧
		٪	٦٦,٧٪	٢١,٢٪	١٢,١٪				

	متوسط المحور	٢,٤٠	٠,٤٨٦	مرتفعة	

جدول (٦): التحليل الوصفي للمحور الثاني: ما التطلعات المستقبلية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً على مستواه التعليمي؟

* تم إعادة ترميز السؤال عند حساب المتوسط العام للمحور؛ لأن اتجاه السؤال سلبي

يلاحَظ من الجدول أنَّ متوسط محور التطلعات المستقبلية لمريض السرطان أثناء العلاج بلغ ٢,٤٠ بدلالة لفظية مرتفعة وبانحراف معياري ٠,٤٨٦، وقد كانت الدلالة اللفظية للمتوسط مرتفعة للفقرتين التاليتين: «تكونتْ عندي نظرة إيجابية تجاه الحياة المستقبلية» بمتوسط ٢,٥٣ وبانحراف معياري ٠,٦٣٨، والفقرة «أصبحت لدي رغبة في تطوير الذات» ثانيا بمتوسط ٢,٤٥ وبانحراف معياري ٠,٦٨٣.

جاء متوسطا الفقرتين التاليتين بدلالة لفظية متوسطة، وكانتا على الترتيب: «أفكر بالمشاركة بالأعمال الاجتماعية التطوعية» بمتوسط ٢,٣٣ وبانحراف معياري ٠,٧٠٩، ومن ثم الفقرة «يراودني باستمرار شعور الخوف من عودة الإصابة بالمرض بعد التعافي» بمتوسط ٢,٠٠ وبانحراف معياري ٠,٧٠٢.

جاءت متوسطات الفقرات الثلاثة التالية بدلالة لفظية منخفضة، وكانت على الترتيب: «أشعر بعدم الاطمئنان بشأن المستقبل» بمتوسط ١,٥٩ وبانحراف معياري ٠,٧٦٤، ومن ثم الفقرة «أشعر بالإحباط تجاه المستقبل من حيث الخطط والأهداف» بمتوسط ١,٤٨ وبانحراف معياري ٠,٧٢٨، وجاء ثالثاً البند «أفكر بالانقطاع عن العمل بعد التعافي» بمتوسط ١,٤٥ وبانحراف معياري ٠,٧٠٦.

ثالثاً: ما واقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً على المستوى التعليمي للناجين؟

نلاحظ من الجدول رقم (٧) أدناه ما يلي:

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
٢٧	أيقنتُ بقيمة الحياة أكثر من السابق.	المتوسط	٢,٢٠	٢,٩٢	٢,٧٦	٢,٧٦	٣,٠٠	٢,٧٧	مرتفعة	١
		الانحراف المعياري	٠,٨٣٧	٠,٢٦٧	٠,٥٩٧	٠,٥٦٢	٠,٠			
٣٢	تجربتي مع السرطان كان لها الفضل في تغيير حياتي إلى الأفضل.	المتوسط	٢,٤٠	٢,٧٩	٢,٧٢	٢,٦٥	٣,٠٠	٢,٧١	مرتفعة	٢
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٥٧٩	٠,٥٤٢	٠,٦٠٦	٠,٠٠			
٢٨	أدركتُ أنَّ الإصابة بالسرطان تزيد من القدرة على التغلُّب على المشاكل.	المتوسط	٢,٨٠	٢,٣٦	٢,٨٠	٢,٧١	٣,٠٠	٢,٧٠	مرتفعة	٣
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٨٤٢	٠,٤٠٨	٠,٦٨٦	٠,٠٠			
٣٣	أصبحتُ أكثر قدرة على تفهم ما يشعر به الآخرون.	المتوسط	٢,٨٠	٢,٥٠	٦٤.٢	٢,٤٧	٢,٨٠	٢,٥٩	مرتفعة	٤
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٧٥٩	٠,٦٣٨	٠,٧١٧	٠,٤٤٧			
٣٦	أصبحتُ أكثر قدرة على التحدث عن مرض السرطان	المتوسط	٢,٤٠	٢,٥٧	٥٦.٢	٢,٤٧	٣,٠٠	٢,٥٦	مرتفعة	٥
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٦٤٦	٠,٧٦٨	٠,٧١٧	٠,٠٠			

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
٢٥	أصبحتُ أهتم بقضايا مرضى السرطان اكثر من السابق.	المتوسط	٢,٦٠	٢,٨٩	٢,٥٢	٢,٥٣	٢,٨٠	٢,٥٠	مرتفعة	٦
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٧٢٦	٠,٦٥٣	٠,٦٤٢	٠,٤٤٧			
٢٦	أستمتع بحياتي أكثر من السابق.	المتوسط	٢,٤٠	٢,٥٠	٢,٤٤	٢,٤١	٢,٨٠	٢,٤٧	مرتفعة	٧
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٦٥٠	٠,٧١٢	٠,٧١٢	٠,٤٤٧			
٣٥	أملك طاقة كبيرة للقيام بأشياء كثيرة تخدم المجتمع.	المتوسط	٢,٠٠	٢,٤٣	٢,٤٨	٢,٤١	٢,٨٠	٢,٤٣	مرتفعة	٨
		الانحراف المعياري	٠,٧٠٧	٠,٨٥٢	٠,٦٥٣	٠,٦١٨	٠,٤٤٧			
٣١	تكَوّن لدَيَّ شغفٌ للعلم والتعلم.	المتوسط	١,٨٠	٢,٥٠	٢,٣٦	٢,٢٤	٣,٠٠	٢,٣٦	مرتفعة	٩
		الانحراف المعياري	٠,٨٣٧	٠,٧٦٠	٠,٨١٠	٠,٨٣١	٠,٠٠			
٢١	أكملتُ حياتي الدراسية دون تعثر.	المتوسط	٢,٢٠	١,٨٦	٢,٢٠	٢,٢٤	٢,٦٠	٢,١٧	متوسطة	١٠
		الانحراف المعياري	١,١٠	٠,٨٦٤	٠,٩١٣	٠,٩٠٣	٠,٨٩٤			
٢٣	حققتُ الكثير من الإنجازات.	المتوسط	٢,٤٠	١,٧١	٢,٠٨	٢,١٢	٢,٤٠	٢,٠٦	متوسطة	١١
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٨٢٥	٠,٨١٢	٠,٧٨١	٠,٨٩٤			
٢٢	شاركتُ ببعض الأعمال الاجتماعية التطوعية.	المتوسط	٢,٢٠	١,٦٤	١,٧٦	١,٨٢	٢,٨٠	١,٨٦	متوسطة	١٢
		الانحراف المعياري	٠,٨٣٧	٠,٧٤٥	٠,٧٧٩	٠,٦٣٦	٠,٤٤٧			
٢٤	أصبح لدَيَّ مشروع تجاري خاص.	المتوسط	١,٤٠	١,٥٧	١,٤٨	١,٥٩	١,٨٠	١,٥٥	منخفضة	١٣
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٨٥٢	٠,٨٢٣	٠,٨٧٠	١,١٠			

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
٢٩	أتجنب التجمعات الاجتماعية.	المتوسط	١,٢٠	١,٧٩	١,٣٦	١,٥٣	١,٢٠	١,٤٦*	منخفضة	١٤
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٨٠٢	٠,٥٦٩	٠,٦٢٤	٠,٤٤٧			
٣٠	تركتُ دراستي أو وظيفتي.	المتوسط	١,٤٠	١,٥٧	١,٤٤	١,٢٤	١,٠٠	١,٣٨*	منخفضة	١٥
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٩٣٨	٠,٨٢١	٠,٥٦٢	٠,٠٠			
٣٤	تغيرتْ حياتي للأسوأ.	المتوسط	١,٤٠	١,٥٠	١,٢٤	١,٣٥	١,٠٠	١,٣٢*	منخفضة	١٦
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٨٥٥	٠,٥٩٧	٠,٧٨٦	٠,٠٠			
	متوسطالمحور	المتوسط	٢,٣٥	٢,٣٠	٢,٤٢	٢,٣٩	٢,٧٩	٢,٤١	مرتفعة	
		الانحراف المعياري	٠,٤٨١	٠,٣٥٧	٠,٤٠٥	٠,٤٣٣	٠,٢٤٠			

جدول (٧): التحليل الوصفي للمحور الثالث: ما واقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً المستوى التعليمي؟

* تم إعادة ترميز السؤال عند حساب المتوسط العام للمحور لأن اتجاه السؤال سلبي

يلاحَظ من الجدول السابق أنَّ متوسط محور واقع وطبيعة الحياة بعد النجاة من مرض السرطان بلغ ٢,٤١ بدلالة لفظية متوسطة، وقد كان متوسط المرضى أصحاب المؤهِّل الثانوي الأدنى بقيمة ٢,٣٠، بانحراف معياري ٠,٣٥٧ في حين كان أعلى متوسط للمرضى من أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا بقيمة ٢,٧٩ بانحراف معياري ٠,٢٤٠، وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل متوسط أو أقل ٢,٣٥، ومتوسط المرضى أصحاب مؤهِّل الدبلوم ٢,٤٢، ومتوسط أصحاب المؤهلات الجامعية ٢,٣٩.

وقد كانت الدلالة اللفظية للمتوسط مرتفعة للفقرات الثماني التالية، وكانت على الترتيب من حيث قيمة المتوسط: «أيقنتُ بقيمة الحياة أكثر من السابق» بمتوسط

٢,٧٧، وجاءت الفقرة «تجربتي مع السرطان كان لها الفضل في تغيير حياتي إلى الأفضل» ثانياً بمتوسط ٢,٧١، ومن بعده الفقرة «أَدركتُ أنَّ الإصابة بالسرطان تزيد من القدرة على التغلُّب على المشاكل» بمتوسط ٢,٧٠ ، ومن ثم جاءت الفقرة «أصبحتُ أكثرَ قدرة على تفَهُّم ما يشعر به الآخرون» بمتوسط ٢,٥٦، ومن بعد ذلك أتت الفقرة «أصبحت أهتم بقضايا مرضى السرطان أكثر من السابق» بمتوسط ٢,٥٠، ومن بعد ذلك جاءت الفقرة «أستمتع بحياتي أكثر من السابق» بمتوسط ٢,٤٧، ومن ثم جاءت الفقرة «أملك طاقة كبيرة للقيام بأشياء كثيرة تخدم المجتمع» بمتوسط ٢,٤٣، ومن ثم جاءت الفقرة «تكَوَّن لدَيَّ شغفٌ بالعلم والتعلم» بمتوسط ٢,٣٦، وكان متوسط أصحاب مؤهِّلات الدراسات العليا هو الأعلى مقارنة بأصحاب المؤهِّلات الأخرى لتلك الفقرات.

جاءت متوسطات الفقرات الثلاثة التالية بدلالة لفظية متوسطة، وكانت على الترتيب من حيث قيمة المتوسط: «أكملتُ حياتي الدراسية دون تعثُّر» بمتوسط ٢,١٧، ومن ثم الفقرة «حققتُ الكثير من الإنجازات» بمتوسط ٢,٠٦، وجاء ثالثاً الفقرة «شاركتُ ببعض الأعمال الاجتماعية التطوعية» بمتوسط ١,٨٦، وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا هو الأعلى مقارنة ببقية المرضى من أصحاب المؤهِّلات التعليمية الأخرى لتلك الفقرات لهذا المحور، في حين كانت متوسط أصحاب المؤهِّلات الثانوية هو الادنى.

وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا هو الأعلى مقارنة ببقية المرضى من أصحاب المؤهِّلات التعليمية الأخرى لهذه الفقرات الثلاثة، في حين كانت متوسط أصحاب المؤهِّلات الثانوية هو الأدنى لتلك الفقرات.

جاء متوسط الفقرات الأربعة التالية بدلالة لفظية منخفضة، وكانت على الترتيب الآتي من حيث قيمة المتوسط: جاءت أولاً الفقرة «أصبح لدَيَّ مشروعٌ تجاري خاص» بمتوسط ١,٥٥، وجاءت ثانيا الفقرة: «أتجنب التجمعات الاجتماعية» بمتوسط ١,٤٦، ومن ثم ثالثاً الفقرة «تركت دراستي أو وظيفتي» بمتوسط ١,٣٨، وأتت أخيراً الفقرة «تغيرت حياتي للأسوأ» بمتوسط ١,٣٢، كان متوسط أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا هو الأدنى مقارنة ببقية المرضى من أصحاب المؤهلات التعليمية الأخرى للفقرات الثلاثة الأخيرة لهذا المحور، في حين كان متوسط أصحاب المؤهِّلات الثانوية هو الأعلى.

رابعاً: ما طبيعة العلاقات الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً على المستوى التعليمي للناجين؟

يلاحظ من الجدول رقم (٨) أدناه ما يلي:

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
٤٣	أصبح الأهل والأصدقاء أكثر أهمية لي منذ الإصابة بالسرطان.	المتوسط	٢,٨٠	٢,٢٩	٢,٧٢	٢,٧٦	٣,٠٠	٢,٦٧	مرتفعة	١
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٨٢٥	٠,٥٤٢	٠,٤٣٧	٠,٠			
٣٧	أصبحتُ محاطاً بالرعاية والاهتمام من قِبَل أفراد الأسرة	المتوسط	٢,٤٠	٢,٧١	٢,٦٨	٢,٦٥	٢,٦٠	٢,٦٥	مرتفعة	٢
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٦١١	٠,٦٢٧	٠,٧٠٢	٠,٥٤٨			

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة اللفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
٤٢	أصبحتُ عاطفياً بشكل أكثر من السابق بعد الإصابة بمرض السرطان.	المتوسط	٢,٦٠	٢,٣٦	٢,٨٨	٢,٥٣	٢,٢٠	٢,٦١	مرتفعة	٣
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٦٣٣	٠,٣٣٢	٠,٦٢٤	٠,٤٤٧			
٤٦	أتلقى الدعم النفسي من المقربين لي.	المتوسط	٢,٤٠	٢,٥٧	٥٢.٢	٢,٣٥	٢,٦٠	٢,٤٨	مرتفعة	٤
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٥٤٨	٠,٦٤٦	٠,٧٨٦	٠,٨٩٤			
٣٩	أصبحت محاطاً بالرعاية والاهتمام من قبل الأصدقاء.	المتوسط	٢,٢٠	٢,٥٠	٤٨.٢	٢,٣٥	٢,٦٠	٢,٤٤	مرتفعة	٥
		الانحراف المعياري	٠,٨٣٧	٠,٧٦٠	٠,٦٥٣	٠,٧٠٢	٠,٨٩٤			
٣٨	أصبحتُ محاطاً بالرعاية والاهتمام من قبل زملاء	المتوسط	٢,٠٠	٢,٨٩	٢,٥٢	٢,٥٣	٢,٨٠	٢,٢٧	متوسطة	٦
		الانحراف المعياري	١,٠٠	٠,٧٥٦	٠,٧٩٢	٠,٧٥٢	١,٠٩٥			
٤١	تعرفتُ على أشخاص جدد من أجل التطوير الذاتي.	المتوسط	٢,٠٠	١,٩٣	٢,٣٦	٢,١٨	٢,٨٠	٢,٢٣	متوسطة	٧
		الانحراف المعياري	١,٠٠	٠,٩١٧	٠,٨١٠	٠,٨٨٣	٠,٤٤٧			
٤٤	أفَضِّل الانقطاع عن التجمعات والعلاقات الاجتماعية.	المتوسط	١,٤٠	١,٤٣	١,٤٠	١,٤١	١,٤٠	١,٤١	منخفضة	٨
		الانحراف المعياري	٠,٥٤٨	٠,٦٤٦	٠,٥٧٨	٠,٧١٢	٠,٨٩٤			
٤٥	أشعر بصعوبة في مواجهة الحياة.	المتوسط	١,٤٠	١,٥٠	١,٣٦	١,٤١	١,٢٠	١,٣٩	منخفضة	٩
		الانحراف المعياري	٠,٨٩٤	٠,٧٦٠	٠,٥٦٩	٠,٥٠٧	٠,٤٤٧			

رقم الفقرة	الفقرة		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	متوسط الفقرة	الدلالة للفظية لمتوسط الفقرة	الترتيب حسب متوسط الفقرة
٤٠	تعرضت لمعاملة غير لائقة من البعض بسبب التغيرات التي طرأت على شكلي الخارجي من العلاج الكيميائي.	المتوسط	١,٢٠	١,٢١	١,٣٢	١,٤١	١,٨٠	١,٣٥	منخفضة	١٠
		الانحراف المعياري	٠,٤٤٧	٠,٤٢٦	٠,٥٥٨	٠,٦١٨	٠,٨٣٧			
	متوسطالمحور	المتوسط	٢,٤٤	٢,٤٦	٢,٥٨	٢,٤٨	٢,٥٦	٢,٥٢	مرتفعة	
		الانحراف المعياري	٠,٤٠٤	٠,٣٩١	٠,٣٩٨	٠,٣٦٦	٠,٤٠٤			

جدول (٨): التحليل الوصفي للمحور الرابع: ما طبيعة العلاقات الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً المستوى التعليمي للناجين؟

* تم إعادة ترميز السؤال عند حساب المتوسط العام للمحور؛ لأن اتجاه السؤال سلبيٌّ.

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ متوسط محور التطلعات المستقبلية لمريض السرطان أثناء العلاج بلغ ٢,٥٢ بدلالة لفظية متوسطة، وقد كانت الدلالة اللفظية للمتوسط مرتفعة، وقد كان متوسط المرضى أصحاب المؤهِّل متوسط أو أقل الأدنى بقيمة ٢,٤٤ وبانحراف معياري ٠,٤٠٤، في حين كان أعلى متوسط للمرضى من أصحاب مؤهِّل الدبلوم بقيمة ٢,٥٨ وبانحراف معياري ٠,٣٩٨، وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل الثانوي ٢,٤٦، ومتوسط المرضى أصحاب المؤهِّل الجامعي ٢,٤٨، ومتوسط أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا ٢,٥٦.

كانت الدلالة اللفظية للمتوسط مرتفعة للفقرات الخمسة التالية، وقد أوردناها مُرَتَّبة ترتيباً تنازلياً حسب قيمة المتوسط: «أصبح الأهل والأصدقاء أكثرَ أهميةً لي

منذ الإصابة بالسرطان» بمتوسط ٢,٦٧، وجاءت الفقرة «أصبحتُ محاطاً بالرعاية والاهتمام مِن قِبَل أفراد الأسرة» ثانياً بمتوسط ٢,٦٥، ومن بعده ثالثاً الفقرة «أصبحت عاطفياً بشكل أكثر من السابق بعد الإصابة بمرض السرطان» بمتوسط ٢,٦١، ومن ثم جاءت رابعاً الفقرة «أتلقى الدعم النفسي من المقربين لي» بمتوسط ٢,٤٨، ومن بعد ذلك أتت خامساً الفقرة «أصبحتُ محاطاً بالرعاية والاهتمام مِن قِبَل الأصدقاء» بمتوسط ٢,٤٤.

وجاء متوسطا الفقرين التاليتين بدلالة لفظية متوسطة، وكانتا على الترتيب من حيث قيمة المتوسط: «أصبحتُ محاطاً بالرعاية والاهتمام مِن قِبَل زملاء العمل أو المدرسة» بمتوسط ٢,٢٧، ومن ثم الفقرة تعَرَّفتُ على أشخاص جُدُد من أجل التطوير الذاتي بمتوسط ٢,٢٣.

وجاءت متوسطات الفقرات الثلاثة التالية بدلالة لفظية منخفضة، وكانت على الترتيب تنازلياً من حيث قيمة المتوسط: «أُفَضِّل الانقطاعَ عن التجمعات والعلاقات الاجتماعية» بمتوسط ١,٤١، ومن ثم الفقرة «أشعر بصعوبة في مواجهة الحياة» بمتوسط ١,٣٩، وجاءت ثالثاً الفقرة «تعرضتُ لمعاملة غير لائقة من البعض بسبب التغيرات التي طرأت على شكلي الخارجي من العلاج الكيميائي» بمتوسط ١,٣٥.

إجمالاً يوضح جدول رقم (٩) مقارنة بين متوسطات جميع مَحاوِر الدراسة حسب المستوى التعليمي:

المحور		متوسط أو أقل	ثانوي	دبلوم	جامعي	دراسات عليا	المتوسط	الانحراف المعياري	الدلالة للفظية للمتوسط	الترتيب حسب المتوسط
المحور الأول: الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء العلاج.	المتوسط	٢,٣٤	٢,٠٤	٢,٢٧	٢,٠٩	٢,٤٩	٢,٢٠	٠,٤٤٤	متوسطة	٤
	الانحراف المعياري	٠,٢٩٥	٠,٤٩٩	٠,٤٤٨	٠,٤٣٠	٠,٢٤٧				
المحور الثاني: التطلعات المستقبلية لمريض السرطان أثناء العلاج.	المتوسط	٢,٦٠	٢,٠٧	٢,٥٠	٢,٣٢	٢,٨٦	٢,٤٠	٠,٤٨٦	مرتفعة	٣
	الانحراف المعياري	٠,٤٢١	٠,٤٥٤	٠,٤٥٣	٠,٤٨٨	٠,١٤٢				
المحور الثالث: واقع وطبيعة الحياة بعد النجاة من مرض السرطان.	المتوسط	٢,٣٥	٢,٣٠	٢,٤٢	٢,٣٩	٢,٧٩	٢,٤١	٠,٤٠٥	مرتفعة	٢
	الانحراف المعياري	٠,٤٨١	٠,٣٥٧	٠,٤٠٥	٠,٤٣٣	٠,٢٤٠				
المحور الرابع: طبيعة الحياة الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان.	المتوسط	٢,٤٤	٢,٤٦	٢,٥٨	٢,٤٨	٢,٥٦	٢,٥٢	٠,٣٨٦	مرتفعة	١
	الانحراف المعياري	٠,٤٠٤	٠,٣٩١	٠,٣٩٨	٠,٣٣٦	٠,٥٥٥				
المتوسط العام لمحاور الدراسة.	المتوسط	٢,٤٣	٢,٢٢	٢,٤٥	٢,٣٢	٢,٦٧	٢,٣٨	٠,٣٣٧	مرتفعة	
	الانحراف المعياري	٠,٣١٩	٠,٣١٤	٠,٣٥١	٠,٣٠٨	٠,٢٤٧				

جدول (٩): التحليل الوصفي لمتوسطات جميع محاور الدراسة حسب المستوى التعليمي

يُلاحَظ من الجدول أنَّ الدلالة اللفظية لمتوسط محور الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء العلاج كانت متوسطة، في حين كانت الدلالة اللفظية للمحاور الثلاثة المتبقية مرتفعة.

كما يلاحظ من الجدول أنَّ المتوسط العام لجميع محاور الدراسة بلغ ٢,٣٨وبدلالة لفظية «عالية»، وبانحراف معياري ٠,٣٣٧ في حين جاء متوسط الدراسات العليا أعلى من غيره ٢,٦٧ ثم متوسط الدبلوم ٢,٤٥ ثم شهادة المتوسط وأقل ٢,٤٣ ثم الجامعي، وأتى متوسط الشهادة الثانوية في المرتبة الأخيرة بمتوسط ٢,٢٢.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين دور المستوى التعليمي للأفراد الناجين من مرض السرطان على محاور الدراسة بناءً من متغيرات (الجنس، الوظيفة الحالية، مدة الإصابة بالمرض، نوع العلاج) لنوعية جودة الحياة لدى الناجين من مرضى السرطان؟

١- النتائج المتعلقة بمتغير الجنس:

تم استخدام اختيار التباين المتعدد (MANOVA) للجواب عن السؤال الخاص بوجود فروق دالة إحصائياً من عدمه باختلاف المتغيرات الشخصية: نوع العلاج- الوظيفة الحالية- مدة الإصابة بالمرض وبين متغير المستوى التعليمي للمريض على محاور الدراسة، والجدول التالي يوضح ذلك، وسيتم عرض نتائج هذه الاختبارات في الجداول التالية:

العامل	قيمة ويلكس لامبدا	قيمة اختبار ف	درجات الحرية للفرضية	قيمة الخطأ لدرجة الحرية	الدلالة الإحصائية
المستوى التعليمي	٧٥١.	١,٠٣٨	١٦,٠٠٠	١٦٨,٦٦٥	٤٢٠.
الجنس	٩١٦.	١,٢٦٧	٤,٠٠٠	٥٥,٠٠٠	٢٩٤.
التعليم * الوظيفة	٨٣٦.	١,٢٨٥	٨,٠٠٠	١١٠,٠٠٠	٢٥٩.

جدول (١٠): نتائج اختيار ولكس لامبدا (**Wilks' Lambda**) للتباين المتعدد لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومتغير الجنس للمريض

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتباين المتعدد غير دالة في كل من: متغير التعليم، ومتغير الجنس، وكذلك التفاعل بين المستوى التعليمي والجنس غير دالة إحصائيا، فقد كانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتباين

لمتغير التعليم ٠,٧٥١ بدلالة إحصائية ٠,٤٢٠، وكانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتباين لمتغير الجنس ٠,٩١٦ بدلالة إحصائية ٠,٢٩٤، وكانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتباين للتفاعل بين متغير المستوى التعليمي ومتغير الوظيفة الحالية ٠,٨٣٦ بدلالة إحصائية ٠,٢٥٩.

المصدر	المحور	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ف	الدلالة الإحصائية للاختبار
التعليم	المحور الأول	.٧١٨	٤	.١٨٠	.٩٢١	.٤٥٨
	المحور الثاني	٢,٠٧١	٤	.٥١٨	٢,٦٣٧*	.٠٤٣
	المحور الثالث	١,٠٢٥	٤	.٢٥٦	١,٦٤٨	.١٧٤
	المحور الرابع	.١٨٢	٤	.٠٤٥	.٢٨٣	.٨٨٨
	المتوسط العام	.٦٣٠	٤	.١٥٧	١,٤٧٧	.٢٢١
الجنس	المحور الأول	.٠٨٧	١	.٠٨٧	.٤٤٩	.٥٠٦
	المحور الثاني	.٦٥٨	١	.٦٥٨	٣,٣٥٣	.٠٧٢
	المحور الثالث	.٤٨٤	١	.٤٨٤	٣,١١٠	.٠٨٣
	المحور الرابع	.٠٠١	١	.٠٠١	.٠٠٨	.٩٢٧
	المتوسط العام	.٢١١	١	.٢١١	١,٩٨٣	.١٦٤
التعليم * الجنس (التفاعل بين التعليم والجنس)	المحور الأول	.٢٤٩	٢	.١٢٥	.٦٣٩	.٥٣٢
	المحور الثاني	.٣٠١	٢	.١٥١	.٧٦٧	.٤٦٩
	المحور الثالث	.٢٦٩	٢	.١٣٤	.٨٦٣	.٤٢٧
	المحور الرابع	.١٥٥	٢	.٠٧٧	.٤٨٢	.٦٢٠
	المتوسط العام	.٠٢٢	٢	.٠١١	.١٠٤	.٩٠١

المصدر	المحور	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ف	الدلالة الإحصائية للاختبار
الخطأ	المحور الأول	١١,٣٠٥	٥٨	١٩٥.		
	المحور الثاني	١١,٣٨٥	٥٨	١٩٦.		
	المحور الثالث	٩,٠٢١	٥٨	١٥٦.		
	المحور الرابع	٩,٣١٠	٥٨	١٦١.		
	المتوسط العام	٦,١٨٤	٥٨	١٠٧.		
المجموع	المحور الأول	٣٣١,٧٠٤	٦٦			
	المحور الثاني	٣٩٤,٩٨٠	٦٦			
	المحور الثالث	٣٩٤,٣٢٠	٦٦			
	المحور الرابع	٤٢٨,٧١٠	٦٦			
	المتوسط العام	٣٨١,٧٧٩	٦٦			

جدول (١١): نتائج اختبار التباين المتعدد (**MANOVA**) لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومتغير الجنس

* الاختبار دال عند مستوى دلالة ٥٪

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ التفاعل بين المستوى التعليمي لمرضى السرطان وجنسهم غير دال إحصائيا في جميع محاور الدراسة؛ حيث كانت الدلالات الإحصائية لجميع اختبارات ف الخاصة بالتفاعل بين المستوى التعليمي ومتغير الجنس تزيد عن ٠,٠٥، بمعنى آخر لا يوجد دليل على وجود اختلاف في الحالة النفسية لمرضى السرطان أثناء العلاج أو وجود اختلاف حول تطلعاتهم المستقبلية أثناء العلاج أو وجود اختلاف في واقع وطبيعة حياتهم بعد النجاة من مرض السرطان، ولا وجود كذلك لاختلاف في طبيعة حياتهم الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان بين الذكور والإناث باختلاف مؤهلاتهم التعليمية.

٢- النتائج المتعلقة بمتغير نوع العلاج:

العامل	قيمة ويلكس لامبدا	قيمة اختبار ف	درجات الحرية للفرضية	قيمة الخطأ لدرجة الحرية	الدلالة الإحصائية
المستوى التعليمي	٦٦١.	١,١٤٣	١٦,٠٠٠	١٢٥,٨٩٥	٣٢٤.
نوع العلاج المستخدم	٥٧٥.	١,٢٤٢	٢٠,٠٠٠	١٣٦,٩٣١	٢٣٠.
التعليم * الوظيفة	٣٤٤.	١,٠٦٥	٤٨,٠٠٠	١٥٩,٩٧٥	٣٧٨.

جدول (١٢): نتائج اختيار «ولكس لامبدا» **(Wilks' Lambda)** للتباين المتعدد لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومتغير نوع العلاج المستخدم للمريض.

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتباين المتعدد غير دالة لمتغير التعليم ومتغير نوع العلاج المستخدم، وكذلك التفاعل بين المستوى التعليمي ونوع العلاج المستخدم غير دالة إحصائيا. فقد كانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» لمتغير التعليم ٠,٦٦١ بدلالة إحصائية ٠,٣٢٤، وكانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» لمتغير نوع العلاج المستخدم ٠,٥٧٥ بدلالة إحصائية ٠,٢٣٠، وكانت قيمة كانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتفاعل بين متغير المستوى التعليمي ونوع العلاج المستخدم ٠,٣٤٤ بدلالة إحصائية ٠,٣٧٨.

المصدر	المحور	مجموع المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ف	الدلالة الإحصائية للاختبار
التعليم	المحور الاول	٨٦٥.	٨٦٥.	٤	٢١٦.	١,٣٤٠	٢٧٠.
	المحور الثاني	١,٨٦١	١,٨٦١	٤	٤٦٥.	٢,٤٧٨	٠٥٨.
	المحور الثالث	٥٣٦.	٥٣٦.	٤	١٣٤.	٧٨٠.	٥٤٤.
	المحور الرابع	٠١٩.	٠١٩.	٤	٠٠٥.	٠٣٠.	٩٩٨.
	المتوسط العام	٤٢٠.	٤٢٠.	٤	١٠٥.	١,٠٢٢	٤٠٦.
نوع العلاج المستخدم	المحور الاول	١,١٨٧	١,١٨٧	٥	٢٣٧.	١,٤٧١	٢١٩.
	المحور الثاني	٨٩٠.	٨٩٠.	٥	١٧٨.	٩٤٨.	٤٦٠.
	المحور الثالث	١,١١٨	١,١١٨	٥	٢٢٤.	١,٣٠٢	٢٨٠.
	المحور الرابع	١,٢٦٩	١,٢٦٩	٥	٢٥٤.	١,٥٩٩	١٨٠.
	المتوسط العام	٥٠١.	٥٠١.	٥	١٠٠.	٩٧٥.	٤٤٤.
التعليم* نوع العلاج المستخدم (التفاعل بين التعليم ونوع العلاج المستخدم)	المحور الاول	٣,٧٠٣	٣,٧٠٣	١٢	٣٠٩.	١,٩١٣	٠٥٩.
	المحور الثاني	٣,٠٦٥	٣,٠٦٥	١٢	٢٥٥.	١,٣٦٠	٢٢١.
	المحور الثالث	١,١٤٨	١,١٤٨	١٢	٠٩٦.	٥٥٧.	٨٦٤.
	المحور الرابع	١,٦٨٣	١,٦٨٣	١٢	١٤٠.	٨٨٤.	٥٦٩.
	المتوسط العام	١,٤٣١	١,٤٣١	١٢	١١٩.	١,١٦٢	٣٣٩.

الخطأ	المحور الاول	٧,١٠٠	٧,١٠٠	٤٤	١٦١.		
	المحورالثاني	٨,٢٦٤	٨,٢٦٤	٤٤	١٨٨.		
	المحور الثالث	٧,٥٥٢	٧,٥٥٢	٤٤	١٧٢.		
	المحور الرابع	٦,٩٨٢	٦,٩٨٢	٤٤	١٥٩.		
	المتوسط العام	٤,٥١٧	٤,٥١٧	٤٤	١٠٣.		
المجموع	المحور الاول	٣٣١,٧٠٤	٣٣١,٧٠٤	٦٦			
	المحورالثاني	٣٩٤,٩٨٠	٣٩٤,٩٨٠	٦٦			
	المحور الثالث	٣٩٤,٣٢٠	٣٩٤,٣٢٠	٦٦			
	المحور الرابع	٤٢٨,٧١٠	٤٢٨,٧١٠	٦٦			
	المتوسط العام	٣٨١,٧٧٩	٣٨١,٧٧٩	٦٦			

جدول (١٣): نتائج اختيار التباين المتعدد (**MANOVA**) لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومتغير نوع العلاج المستخدَم

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ التفاعل بين المستوى التعليمي لمرضى السرطان ونوع العلاج المستخدم غيرُ دال إحصائيا في جميع محاور الدراسة، حيث كانت الدلالات الإحصائية لجميع اختبارات ف الخاصة بالتفاعل بين المستوى التعليمي ومتغير نوع العلاج المستخدم تزيد عن ٠٥ , ٠، بمعنى آخر لا يوجد دليل على وجود اختلاف في الحالة النفسية لدى مرضى السرطان أثناء العلاج أو وجود اختلاف تطلعاتهم المستقبلية أثناء العلاج أو وجود اختلاف بواقع وطبيعة حياتهم بعد

النجاة من مرض السرطان ولا كذلك وجود اختلاف في طبيعة حياتهم الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان حسب نوع العلاج الذي تم استخدامه لعلاجهم من المرض باختلاف مستوياتهم التعليمية.

٣- النتائج المتعلقة بمتغير الوظيفة الحالية:

العامل	قيمة ويلكس لامبدا	قيمة اختبار ف	درجات الحرية للفرضية	قيمة الخطأ لدرجة الحرية	الدلالة الإحصائية
المستوى التعليمي	.٧٠١	.٧٠١	١٦,٠٠٠	١٣٨,١١٥	.٣٩٣
نوع الوظيفة الحالية	.٧٢٦	.٧٢٦	١٦,٠٠٠	١٣٨,١١٥	.٥٠٨
التعليم*الوظيفة	.٤٥٢	.٤٥٢	٣٦,٠٠٠	١٧٠,٣٧٣	.٣١٣

جدول (١٤): نتائج اختيار «ولكس لامبدا» (**Wilks' Lambda**) للتباين المتعدد لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومتغير الوظيفة الحالية للمريض

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتباين المتعدد غير دالة لمتغير التعليم ومتغير الوظيفية الحالية، وكذلك التفاعل بين المستوى التعليمي والوظيفية الحالية غير دالة إحصائياً، فقد كانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» لمتغير التعليم ٠,٧٠١ بدلالة إحصائية ٠,٣٩٣، وكانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» لمتغير الوظيفة الحالية ٠,٧٢٦ بدلالة إحصائية ٠,٥٠٨، وكانت قيمة كانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتفاعل بين متغير المستوى التعليمي ومتغير الوظيفة الحالية ٠,٤٥٢ بدلالة إحصائية ٠,٣١٣.

المصدر	المحور	مجموع المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ف	الدلالة الإحصائية للاختبار
التعليم	المحور الاول	٨٤٦.	٨٤٦.	٤	٢١٢.	١,٢٨٤	٢٨٩.
	المحور الثاني	٢,٣٥٣	٢,٣٥٣	٤	٥٨٨.	٣,٢٢١*	٠٢٠.
	المحور الثالث	١,٢١٣	١,٢١٣	٤	٣٠٣.	١,٩٨٧	١١٢.
	المحور الرابع	١٧١.	١٧١.	٤	٠٤٣.	٢٧٠.	٨٩٦.
	المتوسط العام	٨٥٥.	٨٥٥.	٤	٢١٤.	٢,٢٢٠	٠٨١.
الوظيفة	المحور الاول	٥٢٠.	٥٢٠.	٤	١٣٠.	٧٨٩.	٥٣٨.
	المحور الثاني	٣٩٠.	٣٩٠.	٤	٠٩٧.	٥٣٤.	٧١٢.
	المحور الثالث	٤٤٧.	٤٤٧.	٤	١١٢.	٧٣٣.	٥٧٤.
	المحور الرابع	٤٤٢.	٤٤٢.	٤	١١٠.	٧٠٠.	٥٩٦.
	المتوسط العام	١١٤.	١١٤.	٤	٠٢٨.	٢٩٥.	٨٨٠.
التعليم * الوظيفة (التفاعل بين التعليم والوظيفة)	المحور الاول	٢,٢٤٧	٢,٢٤٧	٩	٢٥٠.	١,٥١٥	١٧٠.
	المحور الثاني	٢,٤٧٥	٢,٤٧٥	٩	٢٧٥.	١,٥٠٦	١٧٣.
	المحور الثالث	١,٨٢٢	١,٨٢٢	٩	٢٠٢.	١,٣٢٦	٢٤٩.
	المحور الرابع	١,٧٠٢	١,٧٠٢	٩	١٨٩.	١,١٩٨	٣١٨.
	المتوسط العام	١,٤٥٣	١,٤٥٣	٩	١٦١.	١,٦٧٦	١٢١.
الخطأ	المحور الاول	٧,٩١١	٧,٩١١	٤٨	١٦٥.		
	المحور الثاني	٨,٧٦٥	٨,٧٦٥	٤٨	١٨٣.		
	المحور الثالث	٧,٣٢٧	٧,٣٢٧	٤٨	١٥٣.		
	المحور الرابع	٧,٥٨١	٧,٥٨١	٤٨	١٥٨.		
	المتوسط العام	٤,٦٢٣	٤,٦٢٣	٤٨	٠٩٦.		

المجموع	المحور الاول	٣٣١,٧٠٤	٣٣١,٧٠٤	٦٦			
	المحور الثاني	٣٩٤,٩٨٠	٣٩٤,٩٨٠	٦٦			
	المحور الثالث	٣٩٤,٣٢٠	٣٩٤,٣٢٠	٦٦			
	المحور الرابع	٤٢٨,٧١٠	٤٢٨,٧١٠	٦٦			
	المتوسط العام	٣٨١,٧٧٩	٣٨١,٧٧٩	٦٦			

جدول (١٥): نتائج اختيار التباين المتعدد (MANOVA) لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومتغير الوظيفة الحالية للمريض.

* الاختبار دال عند مستوى دلالة ٥٪

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ التفاعل بين المستوى التعليمي لمرضى السرطان ووظائفهم الحالية غيرُ دالٍّ إحصائياً في جميع محاور الدراسة، حيث كانت الدلالات الإحصائية لجميع اختبارات ف الخاصة بالتفاعل بين المستوى التعليمي ومتغير الوظيفة الحالية تزيد عن ٠,٠٥. بمعنى آخر لا يوجد دليل على وجود اختلاف في الحالة النفسية لمرضى السرطان أثناء العلاج أو وجود اختلاف في تطلعاتهم المستقبلية أثناء العلاج أو وجود اختلاف بواقع وطبيعة حياتهم بعد النجاة من مرض السرطان ولا كذلك وجود اختلاف في طبيعة حياتهم الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان حسب طبيعة وظائفهم الحالية باختلاف مؤهلاتهم التعليمية.

٤- النتائج المتعلقة بمتغير مدة الإصابة بالمرض:

العامل	قيمة ويلكس لامبدا	قيمة اختبار ف	درجات الحرية للفرضية	قيمة الخطأ لدرجة الحرية	الدلالة الإحصائية
المستوى التعليمي	٧٠٠.	١,١٦٢	١٦,٠٠٠	١٥٠,٣٣٥	٣٠٥.
مدة الإصابة بالمرض	٩١١.	٥٨٤.	٨,٠٠٠	٩٨,٠٠٠	٧٨٩.
التعليم*مدة الإصابة بالمرض	٥٣٠.	١,٢٢٣	٢٨,٠٠٠	١٧٨,٠٩٤	٢١٦.

جدول (١٦): نتائج اختيار «ولكس لامبدا» (**Wilks' Lambda**) للتباين المتعدد لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومدة الإصابة بالمرض

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتباين المتعدد غير دالة في متغير التعليم ومدة الإصابة بالمرض، وكذلك التفاعل بين المستوى التعليمي ومدة الإصابة بالمرض غير دالة إحصائيا، فقد كانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» لمتغير التعليم ٠,٧٠٠ بدلالة إحصائية ٠,٣٠٥، وكانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» لمتغير مدة الإصابة بالمرض ٠,٩١١ بدلالة إحصائية ٠,٧٨٩، وكانت قيمة كانت قيمة اختبار «ويلكس لامبدا» للتفاعل بين متغير المستوى التعليمي ومدة الإصابة بالمرض ٠,٥٣٠ بدلالة إحصائية ٠,٢١٦.

المصدر	المحور	مجموع المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبارف	الدلالة الإحصائية للاختبار
التعليم	المحورالاول	٦٢٣.	٦٢٣.	٤	١٥٦.	٧٥٣.	٥٦٠.
	المحورالثاني	٢,١٧٠	٢,١٧٠	٤	٥٤٣.	٢,٥٧٦*	٠٤٨.
	المحور الثالث	٩١٠.	٩١٠.	٤	٢٢٨.	١,٤٥١	٢٣١.
	المحورالرابع	٣٥٨.	٣٥٨.	٤	٠٨٩.	٥٧٧.	٦٨٠.
	المتوسطالعام	٦٧١.	٦٧١.	٤	١٦٨.	١,٥١٢	٢١٢.
مدة الإصابة بالمرض	المحورالاول	١٤٤.	١٤٤.	٢	٠٧٢.	٣٤٩.	٧٠٧.
	المحورالثاني	١٩٠.	١٩٠.	٢	٠٩٥.	٤٥٢.	٦٣٩.
	المحور الثالث	٠٥٨.	٠٥٨.	٢	٠٢٩.	١٨٥.	٨٣٢.
	المحورالرابع	١١٥.	١١٥.	٢	٠٥٧.	٣٧٠.	٦٩٢.
	المتوسطالعام	٠٣١.	٠٣١.	٢	٠١٥.	١٣٩.	٨٧١.
الجنس * مدة الإصابة بالمرض (التفاعل بين التعليم ومدة الإصابة بالمرض)	المحورالاول	٧٠٤.	٧٠٤.	٧	١٠١.	٤٨٧.	٨٤٠.
	المحورالثاني	٩٨٧.	٩٨٧.	٧	١٤١.	٦٧٠.	٦٩٧.
	المحور الثالث	١,٤٥٠	١,٤٥٠	٧	٢٠٧.	١,٣٢١	٢٥٩.
	المحورالرابع	١,٣٣٢	١,٣٣٢	٧	١٩٠.	١,٢٢٩	٣٠٤.
	المتوسطالعام	٥٥٤.	٥٥٤.	٧	٠٧٩.	٧١٣.	٦٦١.

المصدر	المحور	مجموع المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبارف	الدلالة الإحصائية للاختبار
الخطأ	المحورالاول	١٠,٧٤٨	١٠,٧٤٨	٥٢	٢٠٧.		
	المحورالثاني	١٠,٩٥١	١٠,٩٥١	٥٢	٢١١.		
	المحور الثالث	٨,١٥٨	٨,١٥٨	٥٢	١٥٧.		
	المحورالرابع	٨,٠٥٤	٨,٠٥٤	٥٢	١٥٥.		
	المتوسطالعام	٥,٧٦٧	٥,٧٦٧	٥٢	١١١.		
المجموع	المحورالاول	٣٣١,٧٠٤	٣٣١,٧٠٤	٦٦			
	المحورالثاني	٣٩٤,٩٨٠	٣٩٤,٩٨٠	٦٦			
	المحور الثالث	٣٩٤,٣٢٠	٣٩٤,٣٢٠	٦٦			
	المحورالرابع	٤٢٨,٧١٠	٤٢٨,٧١٠	٦٦			
	المتوسطالعام	٣٨١,٧٧٩	٣٨١,٧٧٩	٦٦			

جدول (١٧): نتائج اختيار التباين المتعدد (**MANOVA**) لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير التعليم ومتغير مدة الإصابة بالمرض.

❋الاختبار دال عند مستوى دلالة ٥٪

يُلاحَظ من الجدول السابق أنَّ التفاعل بين المستوى التعليمي لمرضى السرطان ومدة إصابتهم بالمرض غير دال إحصائيا لجميع محاور الدراسة، حيث كانت الدلالات الإحصائية لجميع اختبارات ف الخاصة بالتفاعل بين المستوى التعليمي ومتغير مدة الإصابة بالمرض تزيد عن ٠,٠٥، بمعنى آخر لا يوجد دليل على وجود اختلاف في الحالة النفسية لمرضى السرطان أثناء العلاج أو وجود اختلاف في تطلعاتهم المستقبلية أثناء العلاج أو وجود اختلاف بواقع وطبيعة حياتهم بعد

النجاة من مرض السرطان، ولا كذلك وجود اختلاف في طبيعة حياتهم الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان حسب مِدَد إصابتهم بالمرض باختلاف مؤهلاتهم التعليمية.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج:

السؤال الأول الذي يتعلق بالحالة النفسية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً على مستواه التعليمي:

وجَدت الدراسة أنَّ الحالة النفسية للمريض لم تكن في مستويات عالية خلال فترة المرض، ولكن في نفس الفترة كانت تطلعاته المستقبلية مرتفعة، ولوحظ تحَسُّن عام وإقبال على الحياة من قِبَل المرضى أثناء فترة العلاج من مرض السرطان بعد معرفة المستوى التعليمي للناجين، وأنَّ الناجين لديهم قدرة كبيرة على التكيف مع المرض، ورغبة أكبر لَتَقَبُّله، وقد لوحظ كذلك اهتمام أفراد العينة بالجانب الإيجابي، فاتضح أنَّ المصاب بالسرطان أصبح يعطى كل مرض حجمه الحقيقي، ويشعُر بالرضا تجاه حياته، ومنهم من يحاول الاستمتاع بحياته قدر المستطاع، وقد تكونت لدَى بعضهم القدرةُ على التعامل مع الإجهاد والتعب بشكل أفضل.

كما أن الأشخاص من حملة شهادة الدراسات العليا كانوا أكثر إيجابية من الأشخاص الذين يقِلُّ مستواهم التعليمي عن المستوى الجامعي، مما يؤكد أثر المستوى التعليمي على الحالة النفسية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج، وذلك يتفق مع دراسة (Lewis 2013) والتي أكدت نتائجها أنَّ للمستوى التعليمي أثراً على حياة الناجين من مرض السرطان فجعلهم أكثر وعياً.

أمَّا بالنسبة للسؤال الثاني والذي يتعلق بالنظرة المستقبلية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج بناءً على مستواه التعليمي.

فقد أظهرت النتائج أنَّ المستوى التعليمي قد أثَّر بشكل ملحوظ على النظرة المستقبلية لمريض السرطان أثناء فترة العلاج، حيث إنَّ غالبية المرضى أصبحوا متفائلين تجاه المستقبل، فقد تكونت لديهم نظرة إيجابية للحياة المستقبلية أثناء فترة العلاج، ويميل معظم أفراد العينة إلى الرغبة في تطوير الذات، والمشاركة بالأعمال الاجتماعية التطوعية.

ومما لا شك فيه أنَّ المستوى التعليمي قد ساهم في ذلك، وهذا يتفق مع دراسة (Lewis 2013) التي أثبتت أن فئة كبيرة من المرضى قد تقَبَّلوا المرض، وأصبحت لديهم رغبة بالتعاون مع الفرق التطوعية خصوصاً تلك التي تهتم بمرضى السرطان.

أمَّا فيما يخص السؤال الثالث، والذي يتعلق في واقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً على المستوى التعليمي للناجين:

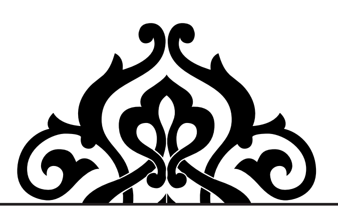
وجدَت الدراسة جانباً إيجابيًّاً فيما يتعلق بواقع وطبيعة الحياة بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً على المستوى التعليمي، فقد أبدى غالبية أفراد العينة شعورهم بأنهم أصبحوا اقوى عزيمة وأكثر إحساسا بقيمة الحياة، وقد كان متوسط أصحاب مؤهِّل الدراسات العليا هو الأعلى مقارنة ببقية المرضى من أصحاب المؤَهِّلات التعليمية الأخرى، حيث إنه قد تمَكَّن المرضى بعد الشفاء من تقدير قيمة الحياة والعمل على تطوير الذات؛ وذلك لأن تجربة السرطان كان لها الفضل في تغيير حياتهم للأفضل، وأصبحت لديهم القدرة على التغلب على المشاكل، وتفهم ما يشعر به الآخرون، مما جعلهم يهتمون بقضايا مرضى السرطان الأمر الذي أدى إلى استمتاعهم بالحياة أكثر، وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (Tsonis, Mcdougall, Mandich and Irwin 2012) والتي أثبتت أن نصف المشاركين فيها كانوا يعملون

في الأماكن التطوعية المتخصصة بالتوعية بمرض السرطان، وأوضحت كذلك أنَّ كل ناج لدية تَصَوُّرٌ فريدٌ عن مفهوم جودة الحياة يختلف عن الآخر. وكلها تدل على الرضا عن الحياة والاستمتاع بها وتقديرها دون مواجهة الحواجز المتعلقة بالصحة والقدرة على التغلب على المشكلات وإدارتها، رغم الصعوبات التي مروا بها أثناء فترة العلاج من السرطان إلا أنهم يشعرون بِأنهم محظوظون.

وبالنسبة للسؤال الرابع والذي يتعلق بطبيعة العلاقات الاجتماعية بعد الشفاء من مرض السرطان بناءً على المستوى التعليمي للناجين؟

فقد توصلت الدراسة إلى أنَّ للمستوى التعليمي أثراً على طبيعة العلاقات الاجتماعية لِلناجين من مرض السرطان بعد الشفاء منه، فقد كان أعلى متوسط لهذا الأثر من نصيب المرضى من أصحاب مؤهِّل الدبلوم، حيث بينت الدراسة أنَّ الأهل والأصدقاء أصبحوا أكثر أهمية لدى المريض عند الإصابة بهذا المرض، وأنَّ المريض يتلقى الدعم والرعاية والاهتمام من الأهل ومن الأصدقاء والزملاء، مما تؤكده دراسة (Rafael, 2014) حيث يرى الباحث أنه من الضروري أن يحصل الناجون من السرطان على دعم نفسي واجتماعي مستمر، وذلك بسبب ما قد يواجهه هؤلاء المرضى مستقبلاً من مشاكل صحية كعودة المرض إليهم ثانيةً.

وكذلك دراسة (2012 Tsonis, Mcdougall, Mandich and Irwin) التي بيَّنت مدى فهم الناجين من السرطان لمفهوم جودة الحياة، وسعيهم لتحقيق حياة أفضل، والحفاظ على جودتها من خلال تعزيز صحتهم البدنية، وتكوين العلاقات الاجتماعية على الرغم من التحديات التي واجهوها بسبب مرضهم السابق.



الفصل الخامس

واقع تعامل المدرسة مع الطلاب المصابين بمرض السكر: دراسة حالة

مريم عوض المطيري
د. صالح أحمد الراشد
د. غازي عنيزان الرشيدي

المقدمة

إن المدخل الطبيعي نحو السعادة والرفاهية للإنسان لابد من أن يمر عبر بوابة الصحة والعافية، والتي بدونها يصعب الاستمتاع بالحياة، كما أن اعتلال الصحة يكدر صفو الحياة، وهذا ما يؤكده القول السائد بأن الصحة تاج علي رؤوس الأصحاء، وعلاقة التربية بالصحة علاقة وثيقة ومتواصلة، إذ تؤثر الواحدة في الأخرى تأثيرًا كبيرًا فواحدة من مهام التربية الأساسية هو تغيير سلوك الأفراد واتجاهاتهم بحيث تؤدي إلى المحافظة على الصحة والوقاية من المرض، لذا بات من الضروري توعية كل من الطالب والمعلم صحياً وذلك من خلال تزويدهم بالمعلومات والمعارف الصحية اللازمة لحياة أفضل، باعتبار أن أولى مقومات استمتاع الفرد بالحياة و الافادة منها هي الصحة الجسمانية لأن البدن هو الوسط الذي يسير من خلاله كل نشاط (طنطاوي ١٩٨٩ ص١٧).

وأحد أوسع الأمراض انتشارًا في أوساط المجتمع الكويتي هو مرض السكر والذي يُعد من أقدم الأمراض البشرية المعروفة، وعرفه بيلوس (٢٠١٣م، ص٤) «أنه تغير دائم في كيمياء الشخص الداخلية تنتج عنه زيادة كبيرة في معدلات الغلوكوز في الدم، ويعود السبب إلى نقص في هرمون الإنسولين». وتشير الإحصائيات والدراسات إلى أن حوالي ربع المجتمع الكويتي يعاني من هذا المرض بنسبة ٢٣٪ (رابطة السكر الكويتية، ٢٠١٧)، وهي نسبة تدق ناقوس الخطر لأهمية التوعية الصحية بهذا المرض وكيفية التعامل الأمثل مع المصابين به، خاصة وأن من ضمن المصابين شريحة كبيرة من طلبة المدارس بجميع المراحل التعليمية المختلفة، وبناءً عليه تدور التساؤلات حول كيفية واقع تعامل المدرسة معهم، وماهي الإجراءات

المُتبعة داخل حدود المدرسة، بالإضافة إلى التعرف على مدى ثقافة ووعي المعلمين تجاه حالة الطلبة الصحية.

مشكلة الدراسة:

مرض السكر لم يعد حكرًا على كبار السن، إذ يُشكل الأطفال والمراهقون المصابون به نصف عدد الحالات التي جرى تشخيصها حديثًا، والمُقدرة ب٣٨٠ مليون مريض حول العالم وفقًا لما ورد في تقرير منتدى السكري التابع لمؤتمر "WISH2015"، يذهب معظمهم إلى المدارس لتلقي العلم.

يعد مرض السكر من الأمراض التي انتشرت بشكل مهول في دولة الكويت خلال السنوات الماضية، فأصبحت تصيب الصغار والكبار على حد سواء، حتى أصبحت دولة الكويت ذات نسبة عالية في انتشار مرض السكر بين سكانها حيث وصلت إلى ٢٣,١٪ من عدد السكان، وبهذا فهي تُعد الثانية في ترتيبها بين دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وذلك لعام ٢٠١٤ بحسب ما جاء في إحصائية منظمة السكر العالمية في إصدارها السادس (2014 IDF Diabetes Atlas).

وعدد كبير من هؤلاء المرضى هم طُلاب ويذهبون إلى المدارس، وبحسب إحصائية معهد دسمان للسكري لعام ٢٠١٤م بلغت نسبة المصابين بالسكر ٣٥٪ ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٦ إلى ١٨ سنة (جريدة الوطن الإلكترونية، ٢٠١٤م).

ومن هنا لابد أن يتوافر لدى المدرسة الوعي والمعرفة بكيفية التعامل مع هذا المرض حيث أن أي خطأ في التعامل قد يؤدي إلى تطور الأحداث بصورة سلبية، ومن جهة أخرى فإن الجهل بمرض السكر وعدم الإلمام به، قد يجعل المعلم يعامل الطالب بطريقة تنبع من إحساسه بالشفقة عليه وهذا الأمر خاطئ، لأنه قد يسبب

للطالب التوتر والحرج والشعور بأنه مُختلف عن أقرانه نتيجة لمرضه.

لذا تسعى هذه الدراسة الحالية إلى استكشاف مدى وعي المدرسة بطريقة التعامل مع الطلبة مرضى السكر في مدرسة الصباحية المتوسطة للبنات، في محاولة لتسليط الضوء على مدى ثقافة ووعي المعلمين بهذا المرض من جهة والاجراءات المُتبعة من قبل المدرسة من جهة أُخرى.

لذا تتمحور أسئلة الدراسة حول السؤالين التاليين:

١ - ما مدى وعي المدرسة بطريقة التعامل مع الطلاب المصابين بمرض السكر؟

٢- ماهي الإجراءات المُتبعة من قبل المدرسة في التعامل مع حالات الطلاب المصابين بمرض السكر؟

وتنبع أهمية الدراسة من فائدتها في توضيح أهمية الخدمات الصحية والاجراءات المتبعة في المدارس للطلبة مرضى السكر وإمكانية معرفة الدور الذي تقوم به المدرسة تجاه الطالب مريض السكر كما يؤمل أن تسهم الدراسة بلفت انتباه المعنيين في وزارة التربية على مدى وعي ومعرفة المدرسة بكيفية بالتعامل مع مرضى السكر من الطلبة.

حدود الدراسة:

للدراسة المقدمة حدود رئيسية تتمثل في:

الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على مجتمع مدرسة الصباحية المتوسطة للبنات والمتمثل في (المعلمات/ طالبتين تعانين من مرض السكر/ الأخصائية الاجتماعية/ ممرضة المدرسة).

الحدود الزمانية: أجريت هذه الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠١٨/ ٢٠١٩م.

مصطلحات الدراسة:

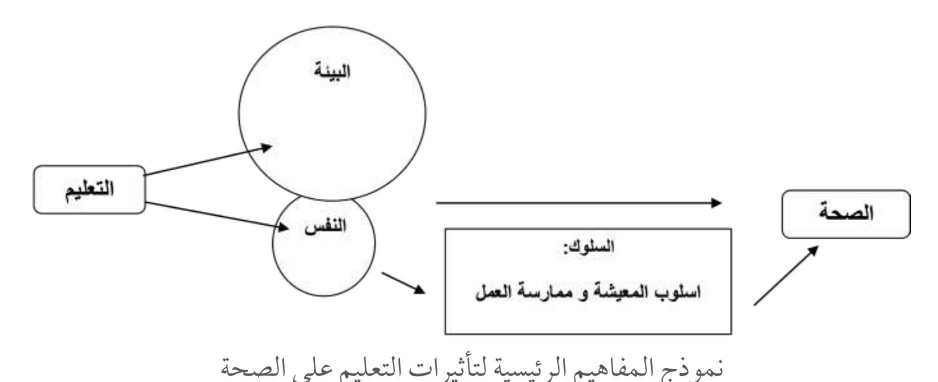
١. مرض السكر: هو مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الإنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للإنسولين الذي ينتجه، والإنسولين هو هرمون ينظم مستوى السكر في الدم (WHO/NMH/ 16.3/NVI).

٢. اجراءات: هي مجموعة من الخطوات المتتالية الواجبة الإتباع لتنفيذ عمل مُعين ومفردها إجراء.

٣. الجلوكوز: وهو عبارة عن مركب بسيط يحمل التركيب الكيميائي C6HI2O6 ويوجد في سكر الطعام والعسل وفي الكثير من عصير الفواكه والمشروبات الصناعية وكذلك في دم الإنسان. (الطيارة.١٩٩٨م ص١٠).

الإطار النظري:

إن العلاقة بين التعليم والصحة هي علاقة يزداد وضوحها مع تطور الأبحاث الخاصة بهذا المجال، فصحة الطالب لها أثر في قدرته على العمل وأداء أنواع الأنشطة المُختلفة (عقلية/ جسمية) وتؤثر في قابليته و استعداده للتعلم، كما وقد يؤثر التعليم على الصحة ولكن بشكل غير مباشر من خلال مجموعة من العوامل والتفسيرات التي قد تحدث في حياة الفرد وتؤثر بشكل مُباشر على صحته كما يوضح النموذج التالي والذي يرسم ملامح العلاقة التبادلية ما بين الصحة والتعليم.



نموذج المفاهيم الرئيسية لتأثيرات التعليم على الصحة
(p188 ,2005 ,**Feinstein, Sabates, Anderson, Sorhaindo and Hammond**)

نموذج Feinstein et al (2005) يوضح أن علاقة التعليم بالصحة هي علاقة غير مباشرة، فتعليم الفرد يتأثر بالبيئة التي يعيش فيها بشكل مباشر، والتي بدورها تؤثر على سلوك الفرد وأسلوب معيشته وعاداته اليومية، وممارسته للعمل بشكل مباشر أيضًا، وهذه العادات اليومية وأسلوب المعيشة تؤثر على صحة الفرد.

تركز هذه الدراسة على بُعد البيئة التي يعيش ويتفاعل فيها الطالب مريض السكر أثناء الدوام المدرسي، فمعرفة مدى توفر الإمكانات البشرية والمادية القادرة على التعامل مع حالته، ونوعية المعاملة التي يحظى بها من قبل مُختلف العاملين بالمدرسة يمكن أن تُساهم بشكل مُباشر في التأثير على صحته.

لذا فالعلاقة تبادلية بين كل من الصحة والتعليم، ويجتمع الاثنان بالمجتمع المدرسي في إطار ما يسمى بالتربية الصحية والتي تنتمي إلى كل من المفاهيم والقوى التي تؤثر على الصحة وهي الوراثة والبيئة و أساليب الحياة، وتُعرف بأنها وسائل تنمية المفاهيم عن الصحة وكيفية المحافظة عليها وتنميتها، و ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوك صحي مرغوب فيه (رشاد ١٩٩٢ ص١٤)، وتركز التربية الصحية على توفير بيئة صحية سليمة وإتاحة الوسائل والمصادر والخدمات الضرورية للمحافظة

على صحة الأفراد، وحث الأفراد على السلوك الواعي والذكي والمسئول لأمان ورقي صحتهم.

الدراسات السابقة:

دراسة (Boden , Lioyd and Gosden ,2012) هدفت إلى استكشاف مواقف معلمي المدارس الابتدائية في بريطانيا فيما يتعلق بإدارة الأطفال المصابين بمرض السكري، واتبعت الدراسة المنهج النوعي من خلال إجراء مقابلات متعمقة وشبه منظمه مع ٢٢ معلمًا يشغلون العديد من المناصب في المدارس الابتدائية ولديهم مجموعة من الخبرات في رعاية الأطفال المصابين بالسكري، وعبروا عن قلقهم ومخاوفهم تجاه مواضيع معينه مثل (الحُقن/ اختبار الدم/ ردود فعل الوالدين على القرارات المدرسية)، وأظهرت النتائج إلى أن توسيع مسؤوليات الرعاية الصحية وإضفاء الطابع الرسمي عليها داخل المدرسة قد يحد من المخاطر التي يتعرض لها الأطفال المصابين بداء السكري.

دراسة (Freeborn and Mandleco 2013) هدفت إلى استكشاف آراء أولياء الأمور تجاه دور المدارس في رعاية حاجات الأطفال المصابون بمرض السكر في المدارس الأمريكية، و مراقبة مستوى الجلوكوز في الدم، وإدارة الأنسولين، ومعرفة مدى مشاركة الطلبة في النشاط البدني خلال ساعات الدوام المدرسي وكيفية اهتمامها بهم، ودور طاقم التمريض في المدرسة، طبقت الدراسة في مدينتين رئيسيتين، و استخدمت الدراسة المنهج النوعي من خلال مقابلات مفتوحة مسجلة صوتيًا، و ملاحظة ميدانية على ست مجموعات مشاركة في الدراسة بالإضافة إلى تطبيق استبيان وأظهرت النتائج إلى أن المشاركين يشعرون بالمخاوف تجاه مستوى

وكفاءة إعداد المدارس وعامليها لرعاية الأطفال المصابين بالسكر.

دراسة (Marks, Wilson and Crisp 2014) هدفت إلى استعراض قدرة المدارس الابتدائية في أستراليا على إدارة وضع مرضى السكر للمصابين فيه من التلاميذ، ودور المُربي في توفير العلاج، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتم تطبيق استبيان عن طريق الإنترنت عبر صفحة Facebook وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن معظم المدارس ليس لديها ممرضات للمساعدة في رعاية مرضى السكر، وخلُصت الى أنه يجب على اختصاصي التوعية السكرية العمل بالتعاون مع موظفي المدارس لضمان دمج رعاية مرضى السكر من التلاميذ.

دراسة (Laureano 2017) هدفت إلى تقييم مواقف المعلمين وتصوراتهم بشأن إعداد المدارس العامة للتعليم الابتدائي والثانوي لرعاية الطلاب المصابين بمرض السكر في اسبانيا، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، فتم توزيع استبيان على ٧٦٥ معلمًا بطريقة عشوائية وأشارت النتائج إلى أن معلمي المدارس العامة لم يتم تدريبهم بشكل جيد لرعاية الطلاب الذين يعانون من مرض السكر، وأنهم غير مؤهلين للتصدي لحالات الطوارئ الخاصة بالسكري.

دراسة (Holmstrom and Haggstrom 2018) هدفت إلى وصف خبرات العاملين في المدارس حول رعاية الشباب المصابين بمرض السكر، استخدمت الدراسة المنهج النوعي بتطبيق مقابلات على ٢٤ موظفًا مدرسيًا (معلمين ومدراء وممرضات مدارس) من المدارس السويدية كلهم لديهم خبره في التعامل مع الطلبة المصابين بمرض السكر .والذين تتراوح أعمارهم بين ٦ الى ١٨ سنة، وأظهرت النتائج إلى عدم وضوح المسؤولية وما هو المطلوب من قبل العاملين في المدارس

تجاه الطلبة المصابين بالسكر، بالاضافة إلى ضعف تعليمهم تجاه المرض مما يخلق لدى الطلبة المصابين بالسكر مشاعر عدم الثقة واليقين تجاه من يقومون برعايتهم والاهتمام بهم.

دراسة (2018 Marks, Wilson, Blythe and Johnston) هدفت إلى استكشاف وضع التلاميذ الذين تتراوح اعمارهم من ٤ الى ٨ سنوات، ويتناولون جرعات مكثفه من الأنسولين، ومدى دعم البيئة المدرسية، والنظام الصحي لهم، ورعايتهم في المدارس، طبقت الدراسة في المرحلة الابتدائية في استراليا، تم استخدام البحث النوعي من خلال اجراء مقابلات هاتفية شبه منظمة مع الادارات المدرسية، و أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود خطط واضحه من قبل الإدارات المدرسية للرعاية البسيطة والعلاج بالأنسولين للتلاميذ المصابين بمرض السكر، وعدم وضوح أولويات الدعم المدرسي لهم، وكذلك غياب التواصل بين أولياء أمور التلاميذ والممرضين في المدارس.

دراسة (2018 Manzanedo) هدفت إلى تقييم مدى معرفة المعلمين في المراكز العامة التثقيفية (ما قبل الابتدائي) حول مرض السكري، وطبقت الدراسة في جنوب اسبانيا على ٧٥٦ معلمًا بإتباع المنهج الوصفي وجرى استخدام اختبار لقياس مدى معرفتهم بمرض السكر، وأظهرت النتائج أنهم لا يملكون المعرفة الكافية للتعامل مع الطلاب المصابين بالمرض، باستثناء معلمي التربية البدنية، و المعلمين ذوي خبرة ١٥ عامًا الذين يمتلكون معرفة أفضل من زملائهم.

دراسة (طاهر، ٢٠١٢ م) هدفت إلى التعرف على أثر العلاج بالموسيقى في خفض ارتفاع ضغط الدم لدى المرضى المصابين بالسكر، وتم تطبيق الدراسة على

عينة قصدية من الطلبة والموظفين التابعين لجامعة البيلاروسيه الحكومية في محافظه منسك، وبينت النتائج أن للموسيقى أثر في التقليل من معدل ضغط الدم المرتفع لدى مرضى السكري وفسرت الدراسة ذلك بأن للموسيقى ذبذبات تؤثر مباشره على الجهاز العصبي مما يسهم في استرخاء الشخص المستمع وهذا ما يطلق عليه ب (التخدير الطبي).

دراسة (العتابي، ٢٠١٣م) هدفت إلى معرفة مدى الثقافة الصحية لدي مُعلمي مادة الأحياء وعلاقتها بالاتجاهات الصحية لطلبتهم، اتبعت الدراسة المنهج الوصفي واختيرت عينة عشوائية بسيطة من المدارس المتوسطة التابعة لمديريه بغداد، وباستخدام أداتين هما اختبار و استبانة مقدمة إلى ٤٦ معلمًا ومعلمة و ١٤١٨ طالبًا وطالبة، وأظهرت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط بين الثقافة الصحية للمعلم والاتجاهات الصحية لطلبتهم، ووجدت بنسبة أعلى في مدراس الإناث عنها في مدارس الذكور.

دراسة (نوار، ٢٠١٣م) هدفت إلى الكشف عن الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية لتعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى عينه مكونه من ١٢٣ مريضًا مصابًا بمرض السكر من مستويات تعليمية مختلفة وبينت النتائج أن للمساندة الاجتماعية دور في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى.

تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (2012 Boden, Lioyd and Gosden) و دراسة (2018 Holmstrom and Haggstrom) التي تم استعراضها فيما سبق وذلك بإتباعها المنهج النوعي في جمع البيانات (إجراء مقابلات)، وتختلف مع دراسة (Marks,

Wilson, Blythe and Johnston 2018) ودراسة (Manzanedo 2018) في المرحلة الدراسية حيث سيتم تطبيق هذه الدراسة على المرحلة المتوسطة.

إجراءات الدراسة:

١- منهجية الدراسة:

استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يستهدف الوصف النوعي للبيانات المستخدمة، واعتمدت على الطريقة النوعية في جمع البيانات مع تحليلها كمياً ونوعيًا، وقد عرف (الرشيدي، ٢٠١٧م) البحث النوعي بأنه بحث يدرس الظواهر الاجتماعية، ويعتمد على منهجية لوصف الظواهر بشكل دقيق، كما يعتمد على الملاحظات الميدانية والمقابلات وتحليل الوثائق، وقد استخدمت طريقة دراسة الحالة كأحد منهجيات البحث النوعي في التعامل مع القضية المطروحة، وتعرف دراسة الحالة بأنها منهج بحثي يهتم بدراسة الظواهر والحالات الفردية، والثنائية والجماعية والمجتمعية، وتركز على تشخيصها من خلال المعلومات التي يتم جمعها، وتتبع مصادرها في الحصول على الحقائق المسببة للحالة، وتصل إلى نتائج ومعالجات من خلال دراستها المتكاملة (المهدي ٢٠١٣، ص٤١٦).

يرى أبراش (٢٠٠٨) أن منهج دراسة الحالة يتميز بأنه تعمق في الحالة المراد دراستها بعد عزلها نسبياً مؤقتًا عن الحالات الأخرى المحيطة بها، كما قال أحد مؤيدي هذا المنهج وهو بول بورو «ماذا يصنع عالم المعادن الذي يُريد أن يدرس تربة ما ؟ إنه لن يذهب فيدرس من هنا وهناك هذه الخلاصات أو تلك، ولن يكثر من التحليلات الجزئية المُبعثرة، بل يأخذ مسطرة واحدة من المقطع الذي يريد دراسته، ويحللها تحليلاً كاملاً ومتابعًا إياه حتى النهاية» ص١٦١.

لذا فمنهج دراسة الحالة يكون مُفيدًا للاستخدام عندما تركز الدراسة على حدث أو ظاهرة معاصرة (١٩٩٤) Yin ، كما أنها تتميز عن غيرها من منهجيات وطرق البحث في قدرتها على الوصول إلى معلومات أكثر عمقًا وكثافة (٢٠٠٢) Rowley نظرًا لتعدد طرق و أدوات البحث المستخدمة في الدراسة الواحدة، وهذا ما ينطبق على الدراسة الحالية التي نوعت وعددت في أدوات البحث ما بين استبانة مقننة وشبه مقننة وملاحظات ومقابلات.

٢- مجتمع الدراسة:

طبقت الدراسة على مجتمع مدرسة الصباحية المتوسطة للبنات والمتمثل في:

(٦٥ معلمة/ طالبتين تعانين من مرض السكر/ الأخصائية الاجتماعية/ ممرضة المدرسة).

٣- جمع المعلومات:

تم جمع المعلومات باستخدام ثلاثة أدوات هي :

أ- الملاحظة المفتوحة لطالبتين تعانين من مرض السكر وتمت على فترة حصتين دراسيتين كاملتين بمعدل ٩٠ دقيقة، كذلك تمت ملاحظة كل من مقصف المدرسة والعيادة المدرسية ملاحظه مفتوحة.

ب- المقابلة شبه المقننة لكل من (١٠معلمات «لغة عربية/ لغة انجليزية»، الأخصائية الاجتماعية، ممرضة المدرسة، طالبتين تعانين من مرض السكر).

ج- المقابلة المقننة وطبقت على ٦٥ معلمه في المدرسة، وتمت مقابله كل قسم علمي في المدرسة على حده، انقسمت بنود المقابلة المقننة إلى محورين:

-**المحور الأول** الخاص بالتعرف على مدى الوعي العام للمعلمات حول مرض السكر وتم اقتباس بنودها من استبانة (DKQ) من دراسة (Alexandra, Evangelina and Sharon2001).

- **المحور الثاني** كان حول الاجراءات المتبعة من قبل المدرسة تجاه الطالبات مريضات السكر.

٤- صدق وثبات المقابلة المقننة :

أ- اختبارات الثبات:

تم استخراج معامل اختبار الثبات (كرونباخ ألفا) لمجمل أسئلة محاور المقابلة الشخصية وبلغت ٥٩.٠، والتي تعتبر مقبولة إلى حد ما.

ب- الصدق:

- صدق الاتساق الداخلي:

المحور	البنود	معامل ارتباط بيرسون	المحور	البنود	معامل ارتباط بيرسون
المحور الأول: معلومات عامة عن مرض السكر	١	.٢٤٣	المحور الثاني: الإجراءات المتخذة للتعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر	١	*.٢٤٤
	٢	**.٣٢٦		٢	**.٥٣٠
	٣	**.٦٠٨		٣	**.٤٩١
	٤	**.٤٦٥		٤	.٢١١
	٥	.٠٨٩		٥	**.٥١٦
	٦	**.٤٣٥		٦	*.٢٧٥
	٧	**.٦١٥		٧	.٢٣٢
	٨	**.٤٤٠		٨	.٢٦٣
	٩	**.٥٩٨		٩	**.٦٣٨
	١٠	**.٥٢٨		١٠	**.٤٨٣

جدول رقم (١) معاملات الارتباط الخطية (بيرسون) بين بنود المقياس و التقييم العام على مستوى المقاييس الفرعية لبنود المقابلة المقننة (حجم العينة = ٦٥)

* الارتباط دال عند مستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠٥
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠١

يلاحظ من الجدول أعلاه أن جميع علاقات ارتباط بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية للمحور كانت موجبة، وتتراوح بين ٠٨٩. و ٦٣٨. ، وكثير منها دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ٥٪ أو مستوى دلالة ١٪، الذي يدل على تحقق صدق الاتساق الداخلي لإجابة مفردات العينة على أسئلة الاستبيان.

- صدق اتساق المحتوى:

المحور	معاملات الارتباط بين البنود والتقييم العام
المحور الأول: معلومات عامة عن مرض السكر	٨١٩.**
المحور الثاني: الإجراءات المتخذة للتعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر	٧٥٠.**

جدول رقم (٢) معاملات الارتباط الخطية (بيرسون) بين أبعاد محاور البحث والتقييم العام على مستوى الدرجة الكلية للمقابلة المقننة (حجم العينة = ٦٥)

** الارتباط دال عند مستوى الدلالة الإحصائية ١٪.

يلاحظ من الجدول أن جميع علاقات ارتباط بيرسون بين الأبعاد والدرجة الكلية كانت موجبة وتتراوح بين ٨١٩. و٧٥٠.، و جميعها دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ١٪، والذي يدل على تحقق صدق اتساق المحتوى للمقابلة المقننة.

٥/ طرق تحليل المعلومات :

بما أن الدراسة في استخدامها لمنهج دراسة الحالة نوعت بين أدوات البحث الكمية كالمقابلة المقننة، وطرق البحث النوعية كالمقابلة شبة المقننة والملاحظة، لذا فقد تنوعت طرق تحليل المعلومات تبعًا لذلك :

التحليل النوعي: جرى تحليل البيانات المأخوذة من المقابلات شبه المقننة

وشبة المفتوحة، وتلك التي ظهرت من الملاحظات المفتوحة باستخدام أسلوب تحليل المحتوى المبني على تحديد فئات واضحة للبيانات المستقاة من طرق البحث النوعية، وتحديد هذه الفئات جرى بناءً على وحدة الموضوع كوحدة للتحليل الخاصة بالبيانات النوعية.

التحليل الكمي: في المقابلة المقننة جرى استخدام التكرارات والنسب المئوية، حيث تم تصنيف الدلالة اللفظية للنسب المئوية للإجابات الصحيحة على أسئلة المقابلة على النحو التالي: ممتاز «أكثر من ٩٠٪»، جيد جدا «من ٨٠٪ إلى اقل من ٩٠٪»، جيد «من ٧٠٪ إلى أقل من ٨٠٪»، مقبول «من ٦٠٪ إلى أقل من ٧٠٪»، ضعيف «أقل من ٦٠٪».

أولاً : نتائج المقابلات شبه المقنن m مع المعلمات:

ملاحظات	التكرار	سؤال المقابلة	سؤال الدراسة	عينة المقابلة
معلمات (لغةعربية/ لغةإنجليزيه) العدد ١٠	ما مدى وعي المدرسة بطريقة التعامل مع الطلاب المصابين بمرض السكر؟	١- ماذا تعرفين عن مرض السكر؟	معلومات عامة (٣)	معرفة الأعراض دوخه/ رجفه/ تعرق.
			خلل في البنكرياس (٤)	توقفه عن العمل. يخلق الشخص بدون بنكرياس.
			عدم انتظام الأنسولين (٢)	....
			عدم انتظام السكر (١)	....
		٢- هل تستطيعين التفريق بين هبوط وارتفاع السكر؟	لا (٧)	احداهن قالت أعطي الطالبة قطعة حلوى سواء في الهبوط او الارتفاع للسكر.
			نعم (٣)	الارتفاع يصاحبه صداع والهبوط يصاحبه دوخه ودوار.
		٣- كم نوع لمرض السكر؟	نوعين (٧)	مرتفع/ بسيط يحتاج ادويه / لا يحتاج ادويه
		٤- هل السكر مرض مُعدي؟	لا أعلم (٣)	احداهن قالت لا أعلم فهو مرض واحد ليس له انواع.
	ما مدى وعي المدرسة بطريقة التعامل مع الطلاب المصابين بمرض السكر؟		غير معدي (١٠)	وراثي لكنه غير معدي.
			مُعدي (٠)	....

جدول رقم (٣) إجابات أفراد العينة في المقابلة شبة المقننة المتعلقة بالسؤال الأول

تبين من خلال استعراض نتائج المقابلات شبه المقننة أن غالبية معلومات المعلمات عن مرض السكر كانت بسيطة وتكاد تكون ضعيفة، فغالبيتهن لا يستطعن التمييز بين أعراض الهبوط والارتفاع لمريض السكر، عن سبب المرض اتفقت أربعة معلمات على أن السبب الرئيس هو خلل في وظيفة البنكرياس وهي الإجابة الصحيحة وبينما أجابت أغلبية أفراد العينة إجابات خاطئة، مع ذلك تمكنت سبعة

معلمات من الإجابة بشكل صحيح عن السؤال الثالث حيث ذكرن أن هنالك نوعين لمرض السكر، كما أجابت كل العينة عن السؤال الأخير بشكل صحيح فمرض السكر هو مرض غير مُعدي.

ثانياً : نتائج المقابلات المقننة مع المعلمات :

البند		نعم	لا	لا أعلم	الدلالة اللفظية للإجابات الصحيحة	الترتيب
١. تناول الكثير من السكر والأطعمة الحلوة الاخرى هو سبب مرض السكر	العدد	٤٣*	١٨	٤	مقبول	٤
	٪	٦٦,٢٪*	٢٧,٧٪	٦,٢٪		
٢. السبب المتعارف عليه لمرض السكر هو نقص الانسولين الفعال في الجسم.	العدد	٥٤*	٤	٧	جيدجدا	١
	٪	٨٣,١٪*	٦,٢٪	١٠,٨٪		
٣. سبب مرض السكر هو فشل الكلى في إبقاء السكر خارج البول.	العدد	٨	٢٠*	٣٧	ضعيف	١٠
	٪	١٢,٨٪	٣٠,٨٪*	٥٦,٩٪		
٤. الكلى تنتج الأنسولين.	العدد	٨	٣٦*	٢١	ضعيف	٥
	٪	١٢,٣٪	٥٥,٤٪*	٣٢,٣٪		
٥. إذا كان أحد الأبوين مصاباً بالسكري فاحتمال إصابة الابناء بالمرض مرتفعة.	العدد	٥٣*	١١	١	جيدجدا	٢
	٪	٨١,٥٪*	١٧٪	١,٥٪		
٦. مرض السكر يمكن علاجه.	العدد	٣٦	٢٤*	٥	ضعيف	٧
	٪	٥٥,٤٪	٣٦,٩٪*	٧,٧٪		
٧. هنالك نوعان رئيسيان لمرض السكر.	العدد	٣٣*	٣	٢٩	ضعيف	٦
	٪	٥٠,٨٪*	٤,٦٪	٤٤,٦٪		
٨. الدواء هو أكثر أهمية من النظام الغذائي وممارسة الرياضة للسيطرة والحد من مرض السكر.	العدد	١٨	٤٤*	٣	مقبول	٣
	٪	٢٧,٧٪	٦٧,٦٪*	٤,٦٪		
٩. التعرق والارتعاش علامات ارتفاع السكر في الدم.	العدد	٢٨*	٢١	١٦	ضعيف	٩
	٪	٤٣,١٪*	٣٢,٣٪	٢٤,٦٪		
١٠. كثرة التبول والتعطش هي علامات انخفاض نسبة السكر في الدم.	العدد	٢٢*	٢٧	١٦	ضعيف	٨
	٪	٣٣,٨٪*	٤١,٥٪	٢٤,٦٪		
مجموع الإجابات الصحيحة للمحور ٣٥٧ إجابة من جملة ٦٥٠ إجابة بنسبة ٥٤,٩٪					ضعيف	

جدول رقم (٤) التوزيع النسبي لإجابات المعلمات على أسئلة المحور الأول في المقابلة المقننة حول المعلومات العامة ودلالاتها عن مرض السكر

*ملاحظة: البنود التي يوضع عندها علامة نجمة هي الإجابات الصحيحة

عند النظر إلى مجمل الإجابات الصحيحة من مجموع إجابات المعلمات في العينة على المعلومات العامة ودلالاتها عن مرض السكر والتي كانت ٦٥٠ إجابة، يلاحظ أنها لم تتجاوز ٣٥٧ إجابة صحيحة بنسبة مئوية تقارب ٥٥٪ وبدلالة لفظية «ضعيف».

عدد الإجابات الصحيحة	العدد	النسبة المئوية
إجابتان صحيحتان	٢	٣,١٪
ثلاث إجابات صحيحة	٤	٦,٢٪
أربع إجابات صحيحة	١٤	٢١,٥٪
خمس إجابات صحيحة	١٠	١٥,٤٪
ست إجابات صحيحة	٢٤	٣٦,٩٪
سبع إجابات صحيحة	٩	١٣,٨٪
ثمان إجابات صحيحة	٢	٣,١٪
المجموع	٦٥	٪١٠٠

جدول رقم (٥) التكرارات والنسب المئوية لعدد الإجابات الصحيحة لمحور أسئلة المعلومات العامة ودلالاتها عن مرض السكر في المقابلات المقننة

يلاحظ من الجدول اعلاه أن اثنتان فقط من المعلمات في العينة جاوبن على ثمان إجابات صحيحة على أسئلة المعلومات العامة العشرة ودلالاتها عن مرض السكر، وجاوبت تسع معلمات فقط على سبع إجابات صحيحة بنسبة ١٤٪ تقريبا وجاوبت ٢٤ معلمة على ست إجابات صحيحة بنسبة مئوية تقارب ٣٧٪، مما يعني أن حوالي ٥٤٪ أجبن إجابات صحيحه على ست أسئلة فما فوق.

كما يلاحظ إجمالاً أن ٧٠٪ من أفراد عينة المقابلات توزعت إجاباتهم الصحيحة ما بين ٣ إلى ٦ إجابات من أصل ثمان أسئلة تم طرحها عليهم، كما لوحظ من خلال

استعراض نتائج المقابلة المقننة انخفاض وعي المعلمات في المدرسة، كما لوحظ انخفاض ثقافة المعلمات بشكل ملحوظ حول أسباب مرض السكر ومدى إمكانية تشافي المصاب منه والأعراض التي يشعر بها المريض عند ارتفاع السكر في الدم أو عند انخفاضه.

السؤال الثاني: ماهي الإجراءات المُتبعة من قبل المدرسة في التعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر؟

ستتم الإجابة على هذا السؤال من خلال استعراض نتائج ثمانية أدوات استُخدمت هُنا هي:

١- مقابلات مقننة مع المعلمات.

٢- مقابلات شبه مقننة مع المعلمات.

٣- مقابلات شبه مقننة مع طالبتين.

٤- مقابلة شبه مقننة مع الممرضة.

٥- مقابلة شبه مقننة مع الإخصائية الاجتماعية.

٦- ملاحظة طالبتين في الفصل.

٧- ملاحظة العيادة المدرسية.

٨- ملاحظة المقصف المدرسي.

أولاً/ نتائج المقابلات:

١-نتائج المقابلات المقننة مع المعلمات:

البند		نعم	لا	لا أعلم	الدلالة اللفظية للإجابات الصحيحة	الترتيب
١. لا يقدم المقصف المدرسي الحلويات والسكريات للطالبات اللاتي يعانين من مرض السكر.	العدد	٣١	٢٨*	٦	ضعيف	٧
	٪	٤٧,٧٪	٤٣,١٪*	٩,٢٪		
٢. أعرف الطريقة المُثلى للتعامل مع الطالبة التي تعاني من نوبة ارتفاع سكر.	العدد	٢٦*	٢٥	١٤	ضعيف	٨
	٪	٤٠٪*	٣٨,٥٪	٢١,٥٪		
٣. تمتلك كل طالبة مريضة سكر كرت خاص بها، يتم التعامل معها بشكل خاص بناء علية.	العدد	٣٣*	٢٦	٦	ضعيف	٥
	٪	٥٠,٨٪*	٤٠٪	٩,٢٪		
٤. أفضل طريقة للتعامل مع هبوط السكر هو تقديم العصير والحلوى للمريض.	العدد	٥٤*	٤	٧	جيد جدا	٢
	٪	٨٣,١٪*	٦,٢٪	١٠,٧٪		
٥. توفر المدرسة جهاز لقياس مستوى السكر في جسم الطالبة المريضة.	العدد	٤٥*	٤	١٦	مقبول	٤
	٪	٦٩,٢٪*	٦,٢٪	٢٤,٦٪		
٦. أعامل مريضة السكر بحرص شديد وواضح أثناء الحصة الدراسية.	العدد	٥٣	١١*	١	ضعيف	١٠
	٪	٨١,٥٪	١٦,٩٪*	١,٥٪		
٧. من الواجب علي توعية الطالبة مريضة السكر عن طبيعة الأغذية الواجب تناولها أو الامتناع عنها.	العدد	٥٤*	٨	٣	جيد جدا	٢
	٪	٨٣,١٪*	١٢,٣٪	٤,٦٪		
٨. استلمت من المدرسة كشوف بأسماء الطالبات المصابات بمرض السكر.	العدد	٦٣*	١	١	ممتاز	١
	٪	٩٧٪*	١,٥٪	١,٥٪		
٩. تقيم المدرسة للطالبات ندوات تهدف إلى زيادة الوعي الصحي والغذائي.	العدد	٣٣*	١٤	١٨	ضعيف	٥
	٪	٥٠,٨٪*	٢١,٥٪	٢٧,٧٪		
١٠. لا يسمح للطالبة مريضة السكر المشاركة في حصة التربية البدنية.	العدد	١٦	٢٣*	٢٦	ضعيف	٩
	٪	٢٤,٦٪	٣٥,٤٪*	٤٠٪		

مجموع الإجابات الصحيحة للمحور ٣٧٠ من جملة ٦٥٠ إجابة بنسبة ٥٦,٩٪	ضعيف	

جدول رقم (٦) التكرارات والنسب المئوية لإجابات المعلمات في المقابلات المقننة على أسئلة محور الإجراءات المُتبعة للتعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر

*ملاحظة: البنود التي يوضع عندها علامة نجمة هي الإجابات الصحيحة

يلاحظ من الجدول أعلاه أن عدد من يعلم من المعلمات بوجوب عدم تقديم المقصف المدرسي الحلويات والسكريات للطالبات اللاتي يعانين من مرض السكر هن ٢٨ فقط بنسبة مئوية ٤٣٪ وبدلالة لفظية «ضعيف»، ويظهر من الجدول كذلك أن عدد المعلمات اللواتي أفدن بعلمهن بالطريقة المُثلى للتعامل مع الطالبة التي تعاني من نوبة ارتفاع سكر هن ٢٦ فقط وبنسبة مئوية ٤٠٪ وبدلالة لفظية «ضعيف». ويظهر من الجدول أن نصف المعلمات فقط أفدن بعلمهن بتملك كل طالبة مريضة بالسكر كرت خاص بها ويتم التعامل معها بشكل خاص بناء عليه، بنسبة مئوية ٥١٪ وبدلالة لفظية ضعيف، في حين كان علم المعلمات بالإجراء الخاص بالتعامل مع هبوط السكر بتقديم العصير والحلوى للمريض بالسكر عالي، بعدد إجابات صحيحة ٥٤ وبنسبة مئوية ٨٣٪ وبدلالة لفظية «جيد جدًا».

ويظهر من الجدول كذلك أن علم المعلمات بتوفير المدرسة جهاز لقياس مستوى السكر في جسم الطالبة المريضة لا بأس به، بعدد إجابات ٤٥ وبنسبة مئوية ٦٩٪ وبدلالة لفظية «مقبول»، ويظهر من الجدول أيضًا عدم وعي الكثير من المعلمات بوجوب عدم التعامل مع الطالبات المصابات بمرض السكر بحرص شديد، فقد كانت عدد الإجابات الصحيحة ١١ فقط بنسبة مئوية لم تتجاوز ١٧٪ وبدلالة لفظية «ضعيف». ويظهر من الجدول وجود وعي عالي لدى المعلمات بالإجراء الخاص

بضرورة توعية الطالبة المريضة بالسكر عن طبيعة الأغذية الواجب تناولها أو الامتناع عنها، بعدد إجابات ٥٤ وبنسبة مئوية ٨٣٪ وبدلالة لفظية «جيد جدًا». ويظهر الجدول الوعي العالي جدا للمعلمات في المدرسة باستلام المدرسة بكشوف خاصة بأسماء الطالبات المصابات بمرض السكر بعدد إجابات ٦٣ وبنسبة مئوية ٩٧٪ وبدلالة لفظية «ممتاز»، ويظهر الجدول كذلك أن نصف المعلمات تقريبًا على علم بإقامة المدرسة للطالبات ندوات تهدف إلى زيادة وعيهن الصحي والغذائي، بعدد اجابات ٣٣ وبنسبة مئوية ٥١٪ وبدلالة لفظية «ضعيف». ويلاحظ من الجدول كذلك بضعف معرفة المعلمات بوجوب مشاركة الطالبة المصابة بمرض السكر في حصة التربية البدنية، حيث كانت عدد الإجابات الصحيحة ٢٣ وبنسبة مئوية ٣٥٪ وبدلالة لفظية «ضعيف».

عدد الإجابات الصحيحة	العدد	النسبة المئوية
ثلاث إجابات صحيحة	٦	٩,٢٪
أربع إجابات صحيحة	١٢	١٨,٥٪
خمس إجابات صحيحة	١٥	٢٣,١٪
ست إجابات صحيحة	١٠	١٥,٤٪
سبع إجابات صحيحة	١١	١٦,٩٪
ثمان إجابات صحيحة	٨	١٢,٣٪
تسع إجابات صحيحة	٢	٣,١٪
عشر إجابات صحيحة	١	١,٥٪
المجموع	٦٥	١٠٠٪

جدول (٧) التكرارات والنسب المئوية لعدد الإجابات الصحيحة لمحور الإجراءات الواجب اتخاذها للتعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر الواردة في المقابلات المقننة

يلاحظ من جدول رقم (٧) أن أكثر من ثلث أفراد العينة فقط أجابت على سبع أسئلة فما فوق إجابات صحيحة، إجمالاً يلاحظ من نتائج المقابلات المقننة انخفاض وعي المعلمات بشكل عام بشأن الإجراءات المباشرة اللازم اتباعها لدى الطالبات المصابات بمرض السكر في المدرسة، وقد تبين ذلك من خلال اعتقاد كثير من المعلمات بضرورة التعامل مع تلك الطالبات بحرص شديد وواضح أثناء الحصة الدراسية، ويتبين كذلك من خلال عدم اعتراضهن على تقديم المقصف المدرسي الحلويات والسكريات للطالبات دون مراعاة حالات الطالبات المصابات بهذا المرض، وكذلك اعتقاد كثير من المعلمات بوجوب عدم السماح للطالبات المصابات بالمرض المشاركة في حصة التربية البدنية.

٢- نتائج المقابلات شبه المقننة مع المعلمات:

ملاحظات	التكرار	سؤال المقابلة	سؤال الدراسة	عينة المقابلة
معلمات (لغة عربية/ لغة إنجليزيه) العدد١٠	ماهي الإجراءات المتخذة من قبل المدرسة في التعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر ؟	١- ماهي الطريقة الأنسب للتعامل مع الطالبة مريضة السكر من وجهة نظرك؟	السماح لها بالذهاب لدورة المياه (٧)	في حال طلبت الطالبة الذهاب لدورة المياه أثناء الحصه.
			إرسالها إلى الممرضة (١)	في حال شعرت الطالبة بالتوعك.
			إذا عانت من نوبة هبوط سكر أعطيها السكر (١)	....
			التعامل معها باعتدال (١)	عدم المبالغة بالاهتمام.
		٢- هل تشركين الطالبة مريضة السكر بالنشطة الصفية المختلفة؟	نعم أشركها (١٠)	لأنها طبيعية. إذا لم يتطلب نشاط وجهد كبير. تفرح بالمشاركة.
			لا أشركها (٠)	....
		٣- كيف تتصرفين مع الطالبة مريضة السكر في حال أهملت حل الواجب المدرسي؟	تنقص درجاتها (٤) التنبيه (٤) أراعيها (٢)	الابتعاد عن العقاب الجسدي أو اللفظي
		٤-في حال تعرضت الطالبة مريضة السكر إلى نوبة هبوط أو ارتفاع أثناء حصتك الدراسية، كيف تتصرفين؟	أطلب الممرضة (٩) طلب مشرفة الجناح (١) الجميع مشترك (٨)	لا أعرف التفريق بين الهبوط او الارتفاع/ الافضل استدعاء الممرضة فهي تجيد التصرف.
		٥-برأيك من هو المسئول عن الطالبة مريضة السكر أثناء تواجدها داخل المدرسة؟	الممرضة (١) الأخصائية (١)	لجميع مشترك بمن فيهم الطالبة نفسها.

جدول رقم (٨) إجابات أفراد العينة في المقابلة شبة المقننة المتعلقة بالسؤال الثاني

يتضح من نتائج المقابلات شبه المقننة أن الإجراءات المتخذة من قبل المدرسة للتعامل مع الطالبة مريضة السكر كانت ضعيفة ولا تنبع من معرفه وحسن تصرف حيث أجابت غالبية العينة على أن أنسب طريقة للتعامل مع الطالبة هو السماح لها بالذهاب لدورة المياه كلما طلبت ذلك، وفي حال تعرضها لنوبة هبوط أو ارتفاع،

ذكرت الغالبية أنه يتم استدعاء ممرضه المدرسة لأنهن لا يستطعن التفريق بين أعراض الهبوط أو الارتفاع في السكر بالدم وذكرت معلمة واحدة فقط أنها تستدعي مشرفة الجناح للتعامل مع الحالة بحجة أنها تجيد التصرف في هذه الحالة.

٣- نتائج المقابلات شبه المقننة مع طالبتين:

سؤال المقابلة	طالبة رقم ١	طالبة رقم ٢
-كم عدد أبر الأنسولين التي تأخذينها في اليوم؟	٣ أبر (قبل الفطور في المدرسة يتم أخذها عند المرضة واثنتان يتم اخذهم في المنزل)	٥ أبر (واحدة في المنزل قبل الذهاب للمدرسة، واحده بعد تناول الفطور غالباً في الحصة الثالثة، وثلاث ابر موزعه على اليوم وتكون في المنزل)
- هل تعرضت لنوبة هبوط أو ارتفاع سكر في المدرسة؟	- نعم وغالبًا ارتفاع.	- نعم.
- هل الممرضة دائمة التواجد في العيادة المدرسية في حال احتجتها؟	- أحيانًا موجودة وأحيانًا لا.	- أحيانًا غائبة أو غير متواجدة في غرفتها.
-كيف يتم التصرف معك من قبل العاملين في المدرسة؟	- بشكل عادي بل إنهم احياناً لا يسمحون لي بالذهاب لدورة المياه مما قد يضرني.	- بشكل عادي جداً وأنا اعتمد على نفسي حيث أخذ أبره الأنسولين دون اللجوء إلى احد وقبل حدوث أي طارئ في حالتي الصحية.
- ماذا تشترين من مقصف المدرسة؟	- فطيرة وعصير ولا أستطيع إكمال العصير لكي لا يرفع السكر.	- ماء وفطيرة وابتعد عن شراء الكاكاو كي لا يرفع السكر.
- هل يتم معاملتك بشكل خاص من قبل المعلمة في الفصل ؟	- بعضهم يميزني وبعضهم يعاملني بشكل عادي.	- معاملة عادية.
- هل تقوم المدرسة بعمل ندوات توعوية صحية حول الغذاء الجيد لتجنب الأمراض؟	- لا يعملون ندوات.	- لا يعملون ندوات.
- هل يوجد لديك كرت خاص للحالات الخاصة؟	-لا يوجد لدي كرت.	- لا يوجد لدي كرت.

جدول رقم (٩) إجابة الطالبتين المصابتان بالسكر على أسئلة المقابلة شبه المقننة

لوحظ من نتائج المقابلات شبه المقننة مع الطالبتين أنهما تعانيان من مرض السكر بشكل مزمن، وبالرغم من ذلك تقوم إحداهن بأخذ إبرة الأنسولين ذاتيًا ولوحدها في دورة المياه دون اللجوء للممرضة وحتى دون إشراف من الأخيرة، وذكرت الطالبتين أن الممرضة قد لا تتواجد أحيانًا في وقت قد يحتاجن إليها في العيادة المدرسية، وبالرغم من وضعهما الحساس صحيًا إلا ان المدرسة لا توفر لهما كرت خاص بهما ليتم بناءً عليه التعامل معهما بشكل خاص وكذلك لا تقيم المدرسة أي ندوات صحية وتوعوية للطالبات اللواتي يعانين من هذا المرض.

٤-نتائج المقابلة شبه المقننة مع الممرضة:

سؤال مقابلة	إجابة الممرضة
هل لديك أسماء بالحالات المصابة بمرض السكر؟	نعم لدي.
هل تتم متابعة الطالبة مريضة السكر بشكل مستمر؟	نعم، بشكل مستمر.
كيف تتعاملين مع حالة ارتفاع السكر؟	لدينا إبر لخفض مستوى السكر وبعد أن يتم اعطاءها للطالبة ننتظر ١٥ دقيقه ثم يتم قياس مستوى السكر في الدم.
كيف تتعاملين مع حالة هبوط السكر ؟	يتم اعطاءها ٥٠ جرام كربوهيدرات أو عصير وبعد ١٥ دقيقه يتم فحص مستوى سكر الطالبة.
هل العيادة مجهزه بشكل كامل للتعامل مع حالات الطالبات المصابات بمرض السكر ؟	كل شيء موجود ماعدا إبر الأنسولين تحضرها الطالبة معها.
هل تقومين بعمل حملات توعوية للوقاية من الاصابة بمرض السكر ؟	نقيم ندوات بالتعاون مع الاخصائية الاجتماعية.
كيف يتم التعرف على الحالات المصابة بالسكر؟	من الأخصائية أو من الطالبة نفسها إذا حضرت تعاني من أعراض السكر (هبوط او ارتفاع)
هل أنت متواجدة طوال اليوم في العيادة؟	متواجدة طوال الوقت ماعدا في حال وجود حالة طارئة اترك العيادة.

جدول رقم (١٠) نتائج المقابلة شبه المقننة مع الممرضة

٥-نتائج المقابلة شبه المقننة مع الأخصائية الاجتماعية :

سؤال مقابلة	إجابة الأخصائية الاجتماعية
هل تقوم المدرسة بتنظيم ندوات صحي توعويه للطالبات حول المراض الشائعة ومنها مرض السكر؟	لا، أنا نظمت وبجهد شخصي ندوة في العام الفائت ٢٠١٧/٢٠١٨م عن السكر والربو وكانت معلومات بسيطة جداً عن تلك الأمراض.
متى يتم حصر أسماء الطالبات مريضة السكر؟	بداية العام الدراسي.
كيف تتصرف الإدارة المدرسية في حال تعرض الطالبة لحالة هبوط أو ارتفاع سكر؟	الاستعانة بممرضة المدرسة وطلب الاسعاف إن استدعى الأمر.
ماهو دورك كأخصائية اجتماعية تجاه الطالبات مريضات السكر؟	تنبيه المعلمات من بداية العام الدراسي وإعطاء التوصيات اللازمة والاتصال فورًا بولي الأمر في حال تعرضها لنوبة سكر بعد الاستعانة بالممرضة.
هل يتم التعامل مع الحالات المصابة بمرض السكر بشكل سري؟	نعم.
في حال وجود طالبة سكر متعثرة دراسيًا كيف يتم التعامل معها؟	توصية المعلمات لمراعاة الطالبة بالواجبات المدرسية والتقارير والمشاريع وأثناء الغياب المرضي.
هل يتم التواصل بشكل مستمر مع ولي أمر الطالبة المريضة لمعرفة مستجدات الحالة ؟	لا، فقط في حالة وجود أمر طارئ.
ماهو دور معلمة الفصل في هذه المسألة؟	دورهن محدود جدًا، تسمح للطالبة في الغالب بالذهاب لدورة المياه وتستدعي الممرضة في حالة الطوارئ، وقد تراعيها في بعض الأحيان من ناحية الدرجات وذلك يعتمد على مدى رحمة وإنسانية المعلمة.

جدول رقم (١١) نتائج المقابلة شبه المقننة مع الأخصائية الاجتماعية

من خلال نتائج مقابلة الأخصائية الاجتماعية يتضح أن مسألة توعية الطالبات حول الأمراض الشائعة غير مأخوذ به على محمل الجد في المدرسة، أن تم تنظيم الندوات حول هذا الموضوع يتم بجهد شخصي منها، ويتم حصر أسماء الطالبات مريضات السكر في بداية العام الدراسي، والتعامل مع مريضات السكر في حال تعرضهن لنوبة هبوط أو ارتفاع سكر يكون من خلال مثلث الممرضة، ولي الأمر،

طلب الإسعاف إن استدعى الأمر، وأوضحت الأخصائية أنها تحرص على التواصل مع معلمات الحالة وإعطائهن التوصيات اللازمة للحالة ومراعاة المتعثرة منهن دراسيًا، وتبين أن دور المعلمة محدود جدًا في التعامل مع الطالبة ويقتصر فقط على السماح لها بالذهاب إلى دورة المياه كلما طلبت منها الطالبة ذلك.

ثانياً: نتائج الملاحظة:

١- نتائج ملاحظة الطالبتين في الفصل:

الحصة الدراسية	الطالبة رقم ١	الطالبة رقم ٢
الحصة الثالثة	شاركت الطالبة بشكل جيد ولم تعزلها المعلمة. طلبت الذهاب إلى دورة المياه وسمحت لها المعلمة بذلك.	شاركت الطالبة بشكل طبيعي. أشركتها المعلمة في أغلب الأنشطة الصفية. قبل انتهاء الحصة الدراسية ذهبت الطالبة إلى دورة المياه وذلك لأخذ إبرة الأنسولين لوحدها بدون مساعدة الممرضة وكانت الإبرة معها وليست عند الممرضة واعادتها الى المديرة المساعدة وعند سؤالها عن السبب أجابت أن الممرضة لا تتواجد بغرفتها دائماً.
الحصة الرابعة	أشركتها المعلمة في اغلب الأنشطة الجماعية. كان هنالك نشاط خارج الفصل (مادة الدراسات العملية) وشاركت فيه الطالبات بشكل طبيعي.	لم تشارك الطالبة كثيرًا والمعلمة لم تحاول إشراكها. بدى الوضع طبيعيًا داخل الفصل الدراسي.

جدول رقم (١٢) نتائج ملاحظة الطالبتان المصابتان بالسكر في الفصل

٢-نتائج ملاحظة العيادة المدرسية :

لوحظ وجود جهاز لقياس مستوى السكر وكذلك وجود كرسي متنقل، أيضًا يوجد سجل خاص لمتابعة جميع الحالات الخاصة في المدرسة ومن ضمنهم الطالبات المريضات بالسكر، كما أن الأدوية متوفرة في العيادة المدرسية ومنها إبر الأنسولين ولكن تحضرها الطالبة المريضة معها، وفيما يتعلق بمبنى العيادة فهو بعيد

جدًا عن الفصول الدراسية بل إنه خارج مبنى الادارة المدرسية حيث تتكون المدرسة من أربع مباني رئيسية (مبنى الفصول، مبنى الإدارة المدرسية، صالة الألعاب والمسرح المدرسي) وللوصول للعيادة لابد من الخروج من مبنى الفصول.

٣-نتائج ملاحظة المقصف المدرسي :

لا يتم بيع الأطعمة الصحية للطالبات بشكل عام (فواكهه، حليب .... إلخ)، إنما تباع الحلويات والكاكاو للجميع دون استثناء، لا يوجد تمييز بين الطالبة مريضة السكر و غيرها من الطالبات، لا يوجد تنظيم لعملية البيع فالطالبات يتدافعن للحصول على الطعام، لوحظ أن من يقوم بعملية البيع على الطالبات هي عاملة النظافة وليس أحد من طرف الإدارة المدرسية.

إجمالاً يظهر من الملاحظات الثلاث عدم وجود تمييز في تعامل المعلمات مع الطالبتين مريضتين السكر، ومبنى العيادة برغم جهوزيته لاستقبال حالات الطالبات مريضات السكر إلا أن ينقصه وجود ابر الأنسولين وتقوم الطالبة بإحضارها بنفسها بالإضافة إلى أن مبنى العيادة بعيد جدًا عن الفصول الدراسية.

كما أن من يقوم بعملية البيع والشراء في المقصف المدرسي هن عاملات النظافة بالمدرسة والعملية فوضوية وغير منظمة تباع فيها الكاكاو والحلويات للجميع ولا يقدم فيه أي أطعمة صحية باستثناء الفطائر والمياه المعدنية.

مناقشة النتائج:

فيما يخص السؤال الأول الذي يتعلق بمدى وعي المدرسة بطريقة التعامل مع الطلاب المصابين بمرض السكر؟

وجدت الدراسة إجمالاً ضعف وقلة معلومات معلمات متوسطة الصباحية عن

مرض السكر، فهن لا يستطعن التفريق بين هبوط أو ارتفاع السكر في الدم، كما أنهن لا يمتلكن مفهوم واضح ومحدد عن المرض، وهذا ما دلت عليه المعلومات التي تم جمعها من المقابلات شبه المقننة والتي تشابهت أيضًا ولم تختلف مع ما جُمع من معلومات وأدلة من خلال المقابلات المقننة حيث اظهرت انخفاض في ثقافتهن بشكل عام حول مرض السكر وهذا الأمر يتوافق إلى حد كبير مع نتائج دراسة كل من (Manzanedo 2018) ودراسة (Holmstrom and Haggstrom 2018).

ويعود السبب ربما إلى عدم تثقيف المعلمات وتزويدهن بالمعلومات الضرورية واللازمة عن مرض السكر من قبل الإدارة المدرسية وذلك من خلال الندوات الصحية والتوعوية بالتعاون مع المُختصين بهذا المرض، وهذا ما أكدت عليه نتائج المقابلات المقننة حيث أظهرت النتائج ضعف التنسيق بين مكتب الأخصائية الاجتماعية والعيادة المدرسية في شأن تنظيم ندوات توعويه للوقاية من الأمراض الشائعة كالسكر على صعيد كل من المعلم والطالب في المدرسة.

أما بالنسبة للسؤال الثاني المتعلق بالإجراءات المُتبعة من قبل المدرسة في التعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر؟

وجدت الدراسة أن المعلمات لا يجدن التصرف في حالات الطوارئ وتم إثبات ذلك من خلال الأدلة التي جُمعت من المقابلات المقننة مع المعلمات فقد بينت ضعف وانخفاض في وعيهن حول الإجراءات اللازم إتباعها مع الطالبات المصابات بمرض السكر عند التعرض لنوبة سكر ولم يختلف ذلك مع ما تم جمعه من أدلة من المقابلات شبه المقننة معهن، وهو ما يتفق مع نتائج دراسة (Laureano 2017) حيث أن الغالبية منهن يقمن باستدعاء الممرضة في حالات الطوارئ، وهذا

التصرف نابع من عدم معرفتهن الجيدة بمرض السكر وكيفية التعامل معه، فالعلاقة بين حسن التصرف في حالات الطوارئ وحصيلة المعلمة من المعلومات الجيدة بالمرض علاقة طردية.

كما تم الاستدلال من الملاحظة أن مبنى العيادة بعيد جداً عن المبنى المدرسي الخاص بالفصول الدراسية ومن خلال ملاحظة الطالبة رقم (٢) لوحظ إبقاءها لإبرة الأنسولين معها رغم خطورة هذا الأمر، وبررت الطالبة ذلك خلال المقابلة شبه المقننة معها بأن الممرضة لا تتواجد دائمًا في عيادتها، هذا الأمر اختلف بعض الشيء مع المعلومات التي جُمعت من المقابلة شبه المقننة مع الممرضة حيث ذكرت أنها لا تترك العيادة إلا في حال وجود أمر طارئ وانها متواجدة بشكل دائم، بالرغم من ذلك فإن بُعد المبنى وعدم تواجد الممرضة بشكل دائم بالعيادة أوجد لدى الطالبة مشاعر قلق وخوف وعدم ثقة بالإجراءات المُتبعة من قبل المدرسة وهذا الأمر يتوافق مع نتائج دراسة (2013 Freeborn and Mandleco).

كما تبين من الدراسة أن الطالبة مريضة السكر لا تمتلك كرت خاص بها (للحالات الخاصة) يتم من خلاله التعامل معها بشكل خاص، ودلت المعلومات التي تم جمعها من المقابلة شبه المقننة مع الأخصائية الاجتماعية أنها وزعت على المعلمات منذ بداية العام كشوف تحتوي أسماء الطالبات المصابات بمرض السكر وتوافق ذلك مع ما تم جمعه من ادله من خلال المقابلات المقننة مع المعلمات حيث أكدن صحة هذه المعلومة فهن يعرفن الحالات الخاصة من خلال كشوف الأسماء الموزع مسبقًا دون الحاجة إلى وجود ما يثبت ذلك، ولربما يعود سبب عدم وجود كرت خاص لحالة الطالبة مريضة السكر إلى رغبة الإدارة المدرسية في المحافظة على خصوصية الطالبة وعدم التمييز بينها وبين بقية الطالبات مما قد يؤثر سلبًا عليها.

وأوضحت الدراسة من خلال ملاحظة المقصف المدرسي أنه لا توجد أطعمه صحيه تقدم للطلبة بشكل عام وتوافق ذلك مع الأدلة التي جُمعت من خلال المقابلة المقننة مع المعلمات حيث أجبن أغلبيتهن أن المقصف المدرسي لا يمتنع عن تقديم السكريات والحلويات للطالبات مريضات السكر، ويؤكد ذلك ما تم جمعه من معلومات من خلال المقابلة شبه المقننة مع الطالبتان المصابتان بالسكر حيث تم التأكيد على أن الامتناع عن شراء الحلويات ذاتيًا منهما وهو مُقدم في المقصف المدرسي للجميع، ولعل السبب يرجع إلى الرغبة في زيادة عائد الصندوق المادي للإدارة المدرسية بغض النظر عما يُقدم من طعام للطالبات، فالمدرسة لا تهتم بتوعية الطالبات من ناحية التغذية الصحية وهذا ما أكدت علية المقابلة شبه المقننة مع الطالبتين حيث ذكرتا أنه لا تُقام أي ندوات توعويه حول الغذاء الصحي في المدرسة، لوحظ كذلك إن من يقوم بعملية البيع والشراء هن عاملات النظافة اللاتي يجهلن أسماء الطالبات اللواتي تعانين من مرض السكر ولا يوجد فريق خاص من المعلمات للقيام بهذا الأمر، وربما يرجع السبب الى رفض المعلمات في المدرسة من القيام بعمل إضافي (البيع في المقصف).

التوصيات:

- توصي الدراسة الحالية بما يلي:

١- عمل كتيبات خاصة بمرض السكر، من حيث أسبابه وأعراضه والإجراءات المتعلقة بالتعامل مع حالات الطالبات المصابات بهذا المرض، وتوزيعه على كل المعلمات.

٢- تعليق لوحات جداريه في المدرسة تزيد الوعي بمرض السكر وطرق التعامل معه.

٣- عمل لقاءات تنويرية وندوات صحية وذلك بالتعاون مع أطباء متخصصين ويُفضل أن يكونوا عاملين في المستوصف الصحي التابع لمنطقة المدرسة.

٤- إدخال معلومات عن مرض السكر من حيث أسبابه وأعراضه والإجراءات المتعلقة بالتعامل معه ضمن المناهج الدراسية وخصوصاً حصة مادة العلوم.

٥- الإشراف على عملية البيع في المقصف المدرسي من حيث تقديم أغذية صحية للطالبات بشكل عام.

المراجع

المراجع العربية:

١- الرشيدي، غازي (٢٠١٧). البحث النوعي في التربية. جامعة الكويت.

٢- الطيارة، بسام (١٩٩٨). أهم مايجب أن تعرفه عن السكري مرض العصر. بيروت: مؤسسة المعارف.

٣- العتابي، جعفر (٢٠١٣). الثقافه الصحية لدى مدرسي مادة الأحياء وعلاقتها بالإتجاهات الصحية لطلبتهم. رسالة ماجستير، كلية التربية الأساسية، الجامعة المستنصرية، العراق.

٤- المهدي، مجدى (٢٠١٣).مناهج البحث التربوي بين التقليدية والحداثة. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

٥- بيلوس، ر. (٢٠١٣). مرض السكري (ترجمة هنادي مزبودي) الرياض: دار المؤلف.

٦-جريدة الوطن الإلكترونية «مُدير معهد دسمان يُحذر من إنتشار السكر بين الأطفال». (٢٤فبراير٢٠١٤) متوفر على alwatan.kuwait.tt

٧- رشاد، نادية (١٩٩٢م). التربية الصحية والأمان. القاهرة: مؤسسة المعارف.

٨-طاهر، نهى (٢٠١٢). أثر العلاج بالموسيقى في خفض إرتفاع ضغط الدم لدى المرضى المصابين بأمراض السكر. مجلة البحوث التربوية والنفسية، كلية التربية الأساسية- قسم التربية الخاصة، العدد(٣٥).

٩-طنطاوي، محمود (١٩٨٩). التربية وأثرها في رفع المستوى الصحي. الكويت: مكتبة الفلاح.

١٠-نوار، شهرزاد (٢٠١٣). دور المساندة الإجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي و الألم العضوي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية- جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ١٣، ١٣٩- ١٦٢.

المراجع الأجنبية:

1-Alexandra A., Evangelina T., Sharon A. (2001). Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. The Starr County Diabetes Education Study,24,1(2001).

2-Boden, S., Lioyd, C. & Gosden, C. (2012). The risk management of childhood diabetes by primary school teachers. Health, Risk & Society Journal, 14,6,551-564.

3- Feinstein, L. Sabates, R. Anderson, T. Sorhaindo, A.& Hammond, C. 2006. (What Are the Effects of Education on Health) Proceedings of the Copenhagen

Symposium. OECD. Available at https://www1.oecd.org/edu/innovationeducation/37425753.pd

4-Freeborn, D. & Mandleco, B. (2013). Addressing School Challenges for Children and Adolescents With Type 1 Diabetes ; The Nurse Practitioner's Role. The Journal for Nurse Practitioners, 9,1,11-16.

5- Holmstrom,M. & Haggstrom, M. (2018) "Being Facilitators in a Challenging Context-school Personnel`s Experiences of Caring for Youth

with Diabetes Type1. Journal of Pediatic Nursing, 01827(6).

6- IDF Diabetes Atlas 2014. (Africa at glance, Six Edition). Available in www.idf.org/regions/Africa.

7- Kuwait Diabetes Society 2017. Available in www.kdskuwait.com.

8 -Laureano, F. (2017). Teachers' attitudes and Perceptions about preparation of puplic schools to assist students with tybe 1 diabetes. Endocrinologia, Diabetes y Nutricion Journal,65(4)213-219.

9 -Manzanedo, J. (2018). Teachers' Knowledage about Type1 diabetes in south of Spain puplic school. Diabetes Research and Clinical Practice Journal, 143(2018),140-145.

10- Marks, A., Wilson, N., Blythe, S. & Johnston, C.(2018) Early Primary School Setting; Narratives of Australian Diabetes Educators. Comprehensive Child and Adolescent Nursing Journal, 41,3,213-227.

11- Marks, A., Wilson, V. & Crisp, J.(2014). The management of tybe 1 diabetes in Australian primary schools. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing Journal, 37,3,168-182.

12- World Health Organization 2016. Available in www.who.int/diabetes/global-report.

13- World Innovation Summit for Health 2015. Available in www.wish.org.qa.

الملاحق :

١-بنود المقابلة المقننه مع المعلمات.

٢- بنود استبانة DKQ.

معلومات عامة عن مرض السكر	نعم	لا	لا أعلم
١ - تناول الكثير من السكر والأطعمه الحلوه الاخرى هو سبب مرض السكر.			
٢ - السبب المتعارف عليه لمرض السكر هو نقص الانسولين الفعال في الجسم.			
٣- سبب مرض السكر هو فشل الكلى في إبقاء السكر خارج البول .			
٤ - الكلى تنتج الأنسولين.			
٥ - إذا كان أحد الأبوين مصاباً بالسكري فإحتمال إصابة الابناء بالمرض مرتفعة.			
٦- مرض السكر يمكن علاجة.			
٧- هناك نوعان رئيسيان لمرض السكر.			
٨- الدواء هو أكثر أهمية من النظام الغذائي وممارسة الرياضة للسيطرة والحد من مرض السكر.			
٩- التعرق والإرتعاش علامات إرتفاع السكر في الدم.			
١٠ - كثرة التبول والعطش هي علامات إنخفاض نسبة السكر في الدم.			

الإجراءات المتخذه للتعامل مع حالات التلاميذ المصابين بمرض السكر	نعم	لا	لا أعلم
١ - لايقدم المقصف المدرسي الحلويات والسكريات للطالبات اللاتي يعانين من مرض السكر.			
٢ - أعرف الطريقة المُثلى للتعامل مع الطالبة التي تعاني من نوبة إرتفاع سكر.			
٣- تمتلك كل طالبة مريضة سكر كرت خاص بها، يتم التعامل معها بشكل خاص بناءاً علية .			
٤ -أفضل طريقة للتعامل مع هبوط السكر هو تقديم العصير والحلوى للمريض.			
٥ -توفر المدرسة جهاز لقياس مستوى السكر في جسم الطالبة المريضة.			
٦ -أعامل مريضة السكر بحرص شديد وواضح أثناء الحصة الدراسية.			

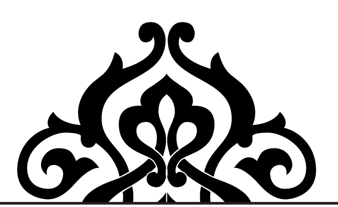
٧-من الواجب علي توعية الطالبة مريضة السكر عن طبيعة الأغذية الواجب تناولها أو الإمتناع عنها.			
٨- استلمت من المدرسة كشوف بأسماء الطالبات المصابات بمرض السكر.			
٩-تقيم المدرسة للطالبات ندوات تهدف إلى زيادة الوعي الصحي والغذائي.			
١٠-لايسمح للطالبة مريضة السكر المشاركة في حصة التربية البدنية.			

Patient's Diabetes Knowledge Questionnaire

	Questions	Yes	No	Don't Know
1	Eating too much sugar and other sweet foods is a cause of diabetes.			
2	The usual cause of diabetes is lack of effective insulin in the body.			
3	Diabetes is caused by failure of the kidneys to keep sugar out of the urine.			
4	Kidneys produce insulin.			
5	In untreated diabetes, the amount of sugar in the blood usually increases.			
6	If I am diabetic, my children have a higher chance of being diabetic.			
7	Diabetes can be cured.			
8	A fasting blood sugar level of 210 is too high.			
9	The best way to check my diabetes is by testing my urine.			
10	Regular exercise will increase the need for insulin or other diabetic medication.			
11	There are two main types of diabetes: Type 1 (insulin-dependent) and Type 2 (non-insulin dependent).			
12	An insulin reaction is caused by too much food.			
13	Medication is more important than diet and exercise to control my diabetes.			
14	Diabetes often causes poor circulation.			
15	Cuts and abrasions on diabetes heal more slowly.			
16	Diabetics should take extra care when cutting their toenails.			
17	A person with diabetes should cleanse a cut with iodine and alcohol.			
18	The way I prepare my food is as important as the foods I eat.			
19	Diabetes can damage my kidneys.			
20	Diabetes can cause loss of feeling in my hands, fingers and feet.			
21	Shaking and sweating are signs of high blood sugar.			
22	Frequent urination and thirst are signs of low blood sugar.			
23	Tight elastic hose or socks are not bad for diabetics.			
24	A diabetic diet consists mostly of special foods.			

Source: Starr County

This product was adapted from the DKQ "Diabetes Knowledge Questionnaire," - Garcia and Associates for the diabetes self management project at Gateway Community Health Center, Inc. with support from the Robert Wood Johnson Foundation® in Princeton, NJ.



الفصل السادس

مستوى الوعي بمفهوم سلامة الغذاء لدى طلبة جامعة الكويت

شيخه إبراهيم التويجري

د. غازي عنيزان الرشيدي

د. بدر إبراهيم الناشي

تم النشر باللغه الإنجليزية في مجلة :

xIlkogretim Online - Elementary Education Online,2021; Vol 20 (Issue 1): pp.2820-2802

مقدمة

شهد العالم ثورة كبيرة في ظل العولمة لتحسين معيشة الفرد وتحقيق رفاهيته، فنجد أن أنماط وحجم الاستهلاك قد تغيرت، بحيث أصبحت السلع متوفرة بكثرة ومتنوعة لتلبي كل احتياجات المستهلكين الذين تماشوا مع هذا التغير وأصبحوا يطلبونها يوميًا. إلا أن الجانب السلبي لهذا التنوع هو أن الأسواق أصبحت عرضة لمنتجات غير آمنة، تشكل مخاطر حقيقية على صحة المستهلك الذي يقتنيها وهو يجهل طريقة إنتاجها ومعايير النظافة والتخزين.

أوضح (WHO 2015 (Shrivastava et al. 2015) أن الحصول على كميات كافية من الغذاء الآمن والمغذي هو مفتاح الاستدامة الحياتية وتعزيز للصحة الجيدة، حيث أن الكثير من الأغذية تحتوي على بكتيريا أو فيروسات أو طفيليات أو مواد كيميائية ضارة، وقد تسبب أكثر من ٢٠٠ مرض تتراوح من الإسهال إلى السرطانات، وأشاروا أن أمراض الإسهال التي تنقلها الأغذية والمياه تقتل ما يقدر بنحو ٢ مليون شخص سنويا، وانتشار المرض وسوء التغذية يصيب الأطفال وكبار السن والمرضى على وجه الخصوص في كثير من البلدان النامية والمتقدمة، وترتبط ضمان سلامة الأغذية ارتباطا وثيقا بالتحسين والتعزيز المستمر لممارسات النظافة الغذائية من الإنتاج إلى الاستهلاك ومن خلال إعداد الطعام وتناوله وتخزينه، حيث أن الطعام من الممكن أن يتلوث في أي مرحلة من هذه المراحل ولكن قد يمنع الإعداد السليم للطعام معظم الأمراض التي تنتقل عن طريق الأغذية، لذلك تحرص المنظمات العالمية على تثقيف المستهلكين حول مسؤولياتهم وطرق تداول الطعام بصورة آمنة (Kamboj 2020 et al).

ومن المهم التعاون بين أقطاب السلسة الغذائية المتمثل في الحكومات والمنتجين والمستهلكين من خلال الاهتمام بالرعاية الصحة العامة والاقتصادات الوطنية وتطوير أسس وسياسات تنظيمية للمنتجين والموردين على حد سواء، واعتماد الممارسات الصحية الأساسية عند شراء الطعام وبيعه وأثناء إعداده لحماية صحة الفرد والمجتمع بشكل عام (WHO 2002).

موضوع الدراسة، وأسئلتها:

تكمن أهمية موضوع الدراسة من أهمية الغذاء الصحي من حيث وجوب أن تكون الأطعمة آمنة وغير ملوثة بالبكتيريا، وخالية من مستويات خطيرة من المبيدات الحشرية وغيرها من الكيماويات والشوائب. وقد تزايدت المخاوف بشأن سلامة الأغذية بشكل أقوى وأبعد أثرا، كما يحذر العلماء والمهتمون من تلوث المياه واللحوم وغيرها من الفواكه والخضروات والمخاوف من المبيدات السامة والمشاكل المحتملة من الأغذية المعدلة وراثيا على نطاق واسع (Kar, P. & Meena, H.2018) (Uçar, A. et al. 2016)).

وعلى صعيد الأفراد لابد من الإلمام بالنظافة العامة من خلال التعامل مع الأغذية وتجهيزها، حيث لابد أن من تعزيز هذه الممارسات والسلوكيات من خلال البيئات الاجتماعية والتربوية المختلفة في دولة الكويت، في حين أن الدول حول العالم تتخذ من المؤسسات التعليمية ركيزة أساسية في نشر الوعي بمفهوم سلامة الغذاء والثقافة العامة بصحة البدن وسلامته من الأمراض والأوبئة.

وعليه تسعى هذه الدراسة للتعرف على مدى وعي شريحة مهمة من المجتمع وهم طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من خلال البحث عن إجابة للأسئلة الآتية:

ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث تناول الأدوات والطعام؟

ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث تجهيز الطعام؟

ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث تخزين الطعام؟

ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث التسمم الغذائي؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الكلية؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في محورين مهمين:

تزويد المهتمين بموضوع سلامة الأغذية والصحة بشكل عام بحيثيات ونتائج دراسة تحليلية تبرز مدى معرفة الطلاب في جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء والتعامل معه.

الاستفادة من الدراسة في وضع مناهج خاصة لسلامة الأغذية وطرق تجهيز الغذاء وتخزينه، وما يتعلق بالتسمم الغذائي والصحة بشكل عام يمكن أن يستفيد منها طلبة الجامعة.

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى بلوغ عدد من المقاصد، يأتي في مقدمتها:

التعرف على واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث تناول الأدوات، وتجهيز الطعام، وتخزينه.

التعرف على واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث التسمم الغذائي، وهل يختلف باختلاف لمتغير الكلية.

مصطلحات الدراسة:

سلامة الأغذية: هو خلوها من جميع عوامل التلوث الميكروبيولوجي أو البيئي الذي يحولها إلى أغذية ضارة بصحة المستهلك، ويتضمن ذلك عوامل التلف والانحلال الذاتي (مصيقر، ٢٠٠٨، ص٢١١).

التسمم الغذائي: هو حالة مرضية فجائية تظهر أعراضها خلال فترة زمنية قصيرة على شخص أو عدة أشخاص بعد تناولهم طعاما ملوثا، حيث تظهر أعراض التسمم الغذائي على هيئة غثيان، قيء، إسهال، وتقلصات في المعدة والأمعاء، وتختلف أعراض الإصابة وارتفاع درجة الحرارة وشدتها والفترة الزمنية اللازمة لظهور الأعراض المرضية باختلاف مسببات التسمم الغذائي وكمية الغذاء التي تناولها الإنسان (الجساس، ٢٠١١، ص٧٧).

حدود الدراسة:

تحددت الدراسة في الفصل الدراسي الثاني (٢٠١٩- ٢٠٢٠) وتطبقت على طلبة جامعة الكويت وبشكل خاص على طلبة كلية التربية وطلبة كلية العلوم الطبية المساعدة وطلبة كلية العلوم الحياتية.

الإطار النظري:

غذاء الإنسان هو منتج غني بالعناصر الغذائية التي تحتاجها الكائنات الحية

الدقيقة للنمو والتكاثر، وتَعرض الأغذية للتلوث خلال أي مرحلة من مراحل الإنتاج والتوزيع يمكن أن يسبب التسمم أو نقل أمراض خطيرة للصحة، لذلك من المهم جدا توظيف العلم في المؤسسات التربوية من أجل تعزيز سلامة الأغذية والوصول للتربية الصحية. وفيما يلي أهم المواضيع التي تندرج تحت هذا السياق:

العلاقة ما بين التعليم والصحة

أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية التعليم والمعرفة وما يمكن أن تقدمه للإنسان لكي ينعم بصحة جيدة وضرورة الاهتمام بعملية التنمية الصحية لما لها من مردود إيجابي على المجتمعات وتطورها، واتفق (العزام وآخرون، ٢٠١٢) (فضة، ٢٠١٢) (محمود، ٢٠١١) حول أهمية توافر التربية الصحية واهتمام الإدارات المدرسية في تنميتها، والتي تشمل الصحة الشخصية، والغذائية، والأدوية، والصحة النفسية والوقاية من الأمراض، وأكدت هذه الدراسات على ضرورة استخدام المؤسسات التربوية والوزارية التخطيط العلمي السليم من أجل تحقيق أهداف التربية الصحية في ميدان التعليم، مما يساعد على القضاء على المشاكل الصحية الموجودة في المدارس وأيضا على نجاح الخطط الموضوعة للتنشئة الصحية السليمة في المدارس، ومن نفس الجانب على الإدارات المدرسية تفعيل دور التربية الصحية وتفعيل بالأمن والسلامة والسلامة الغذائية والرياضية، ولابد من وجود وعي كافي لدى المعلمين بأهمية هذه الخطط وأثرها علة صحة الطلبة، حيث أوضحت الدراسات أن المعلمون ذوي الخبرة المتقدمة والمستوى التعليمي المرتفع يمتلكون أدوات وملكات يستطيعون توظيف وتنفيذ سياسات تربوية متعلقة بمعايير التربية الصحية، وأوضحت (فضة، (٢٠١٢ أن لا فرق بين الموظفين في الإدارات المدرسية بمحافظة غزة من ناحية الجنس والوصف الوظيفي وسنوات الخدمة حول

آلية تفعيل الوعي الغذائي في المدارس من خلال عمل كتيبات وبوسترات ومجلات لتوعية الطلاب بأهمية الغذاء الجيد والابتعاد عن الأغذية الضارة بالصحة، وعقد ندوات لأولياء الأمور بحضور فرق مختصة تتناول أهم المواصفات الصحية للغذاء وكيفية تحضيره، والاهتمام بالتثقيف الصحي للطلبة من خلال التغذية والصحة الشخصية وصحة الفم والأسنان، بالإضافة إلى تعزيز المعارف والسلوكيات الصحية لدى الطلبة والمعلمين من خلال الأنشطة الصفية واللاصفية.

وأوضحوا على أهمية المستوى التعليمي للأفراد حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للفرد كلما زاد حرصه على التنمية الصحية، وكلما كان الشخص أميا وجاهلا قل مستواه التعليمي وانعكس سلبا على صحته، والشاهد على هذا الأمهات المتعلمات قادرات على التعامل مع الصحة والمرض ولهن دراية في الجانب العلاجي والوقائي على صحتهم وصحة أطفالهن، وأشاروا أن لهجرة الكفاءات العملية والطبية تأثير سلبي على التنمية الصحية وخاصة في غياب التخصصات النادرة.

وفي دراسة (2019.Fonseca et,al) أشار الباحثون إلى العلاقة السببية بين النتائج الصحية والتعليم حيث أن ارتفاع المستوى التعليمي ساهم في انخفاض سوء الحالة الصحية للأشخاص وخاصة الحالات المزمنة كأمراض السكري وأمراض القلب وأمراض الرئة والتهاب المفاصل مع الأخذ عين الاعتبار الخلفية العائلية والعوامل الوراثية، والتي يمكن أن ترتبط مع التعليم والصحة، وشمل البحث السلوكيات الصحية الأخرى كالتدخين والسمنة، وقد وجد الباحثون أن الزيادة في سنوات التعليم الإلزامي عام واحد كفيلة بتقليل احتمالات سوء الصحة بنسبة كبيرة، لذلك من المهم تحسين كمية ونوعية التعليم في البلدان التي لديها قوانين تعليمية ضعيفة.

وقد أوضح (2011,Basch) أن الصحة الجيدة للطلاب هي الدافع الرئيسي لسعيهم للتعلم بغض النظر عن كافة الاستعدادات التعليمية الأخرى كوجود معلمين أكفاء، أو هيئات إدارية جيدة، أو مناهج زاخرة، فالمشاكل الصحية تلعب دورا خطيرا في مدى قدرة الطلاب على التعلم ومدى تحمسهم له، ومن أهم هذه المشاكل الصحية التي أشارت لها الدراسة الربو، وضعف النظر وعدم الانتباه وفرط النشاط.

التعليم والتغذية

بدأ الاهتمام بتعزيز التثقيف في مجال التغذية في البلدان المتقدمة تزامنًا مع إطلاق مبادرات وطنية لإيجاد سبل لتثقيف المستهلكين، ولاسيما الشباب والبالغين الذي يعدون الأغذية ،و من شأن آخر قد يكون للعادات والتقاليد والعوامل الاجتماعية والاقتصادية تأثير كبير على موقف المستهلكين وسلوكهم في مجال سلامة الأغذية. (مرزوق،٢٠١٣) (2018.Yusof et al) (2014 .Przybylska et al) واتفقت الدراسات السابقة على أهمية التثقيف الغذائي والصحي حيث أنه جزء لا يتجزأ من تعزيز الصحة للأفراد ،وبالتالي للمجتمعات التي يعيشون فيها ،وهذا من شأنه أن يؤدي إلى خفض تكاليف الرعاية الصحية من خلال التركيز على الجوانب الوقائية، والتعليمية للرعاية الصحية، وطب العائلة، وشمولية المقررات الخاصة بالتغذية على نقل وتبادل الأفكار وتقبل أو اكتساب المعرفة والمهارات والقدرات والسلوكيات لرفع مستوى التثقيف الغذائي للطلاب والطالبات، حيث أن تأثير العادات الغذائية والممارسات السلوكية والمعلومات المتناقلة في المؤسسات التربوية أكبر منه على الوعي الغذائي من تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للطلاب، وفي دراسة (2018.Yusof et al) التي أخذت منحناها في ماليزيا تم الإبلاغ عن الأمراض المنقولة عن طريق الغذاء بمعدل

٤٧,٧٩ لكل ١٠٠ ألف شخص في عام ٢٠٠٩ من سكان الدولة وزادت بنسبة ٣٢٪ في عام ٢٠١٠، بسبب الممارسة الغير صحية والآمنة لسلامة الغذاء والتغذية وكانت معظم الحالات بسبب سوء النظافة في المقاصف المدرسية ومطابخ النزل والمطاعم والأسواق، حيث أوضحت الدراسة أن طلاب جامعة ماليزيا المتبعون لحمية غذائية معينة لديهم معرفة جيدة في سلامة الأغذية، وكان لنسبة الأكبر للطلاب عنه للطالبات بالنسبة لمستوى المعرفة بالتسمم الغذائي، على الرغم من وجود ضعف معرفة بالنسبة لنظام النظافة وطرق تحضير الأطعمة، وعلى صعيد مشابه قدرت حالات الأمراض المنقولة بالغذاء في الولايات المتحدة الأمريكية بمعدل ٦٧ مليون حالة مرضية منها ٣٢٥ ألف شخص يدخلون للمستشفى و٥ آلاف حالة وفاة كل عام (Mead et al. 1999)، وفي انجلترا وويلز كانت النسبة ١,٣ مليون حالة تسمم غذائي منها ٢١ ألف شخص يدخلون المستشفى، في حين تقدر حالات الوفاة ب ٥٠٠ حالة (Adak et al. 2002).

الدراسات السابقة:

في دراسة (الصرايرة، الرشيدي،٢٠١٢) (الليلي،٢٠٠٧) أشار الباحثون إلى ضرورة توافر مؤشرات مهمة في مستوى الصحة المدرسية بالمدارس، حيث أن المديرات يقمن بالمهمات المتعلقة بالصحة المدرسية في حدود ما تسمح به إمكاناتهن البشرية والمادية وما تسمح به سلطتهن الممنوحة من قبل وزارة التربية، فيكون هناك تواصل بين الإدارة وأولياء الأمور فيما يتعلق بالصحة المدرسية والاهتمام بنظافة مرافق المدرسة، وتوفير صندوق إسعافات أولية في غرفة الممرضة، وهناك اختصاصات قد لا تستطيع المديرات توفيرها لأنها من اختصاص وزارة الصحة كبرنامج الصحة المدرسية للأسنان، وأضافت المعلمات بضرورة

الاهتمام بالمقاصف المدرسية، والوحدات الصحية الموجودة في المدارس، وقد أشارت الدراسة إلى أن تصنيف المستوى الصحي للمدارس بدولة الكويت هو فوق المستوى المتوسط. ومن جهة أخرى أوضحوا أنه ينبغي على المعلمات أن يكونوا ذوات مؤهلات تربوية عالية خاصة معلمات رياض الأطفال، حيث أن ارتفاع الوعي الغذائي للمعلمة، ورغبتها بتثقيف نفسها، وزيادة معلوماتها الغذائية، وكثرة الاطلاع والتدريب له أثر بالغ على تغذية الطفل ونموه الجسدي.

واتفقت دراسة (2015.Chaudhuri,D) (2017.Priyadarshini,A. & Jaiswal,A) (2015.Oggiano,G) على أن الغذاء الآمن والمغذي مطلوب بكميات كافية لتعزيز صحة الإنسان، ومن ذلك تناول الطعام الصحي الذي لا يسبب التسمم الغذائي بحيث يكون ناقل للفيروسات والطفيليات إلى جانب المواد الكيميائية السامة، فالغذاء الغير آمن هو المسؤول عن أمراض سوء التغذية خاصة للرضع والأطفال الصغار وكبار السن، وأكثر من ٢٠٠ نوع بشكل خاص من الأمراض تتراوح بين الإسهال والسرطان، ويصاب ما يقدر ب ٢ مليون شخص سنويا في جميع أنحاء العالم بالأمراض التي تنقلها المياه الغير نظيفة والغذاء الغير آمن، وتختلف الأمراض باختلاف الجرثومة المسببة له كالسالمونيلا، وكامبيلوباكتر (العطيفة)، والاشريكية القولونية، وداء الليستيريا (مرض الدوران)، والنوروفيرس (فيروس القيء الشتوي).

وأضاف (2017.Priyadarshini,A. & Jaiswal,A) أن الأمراض المنقولة بالغذاء تشكل عبئا على الصحة العامة في إيرلندا، حيث أن أعداد الحالات المصابة ترتفع سنويا، وأن أحد الأسباب الرئيسية له هو الممارسات المرتبطة بسلامة الأغذية بالمنازل، وأن سكان إيرلندا لديهم معرفة متوسطة بسلامة الأغذية على الرغم من انخفاضها أثناء تحضير الطعام وتناوله، وأظهرت الدراسة أن النساء هن أكثر معرفة

في موضوع سلامة الأغذية، كما أن سكان المدن كانوا أكثر دراية من سكان الريف لكون أغلبهم متعلمين.

أشار (2014.Prashanth,M.&Indranil,C) (2018.Hassan et al) في دراساتهم إلى أن التسمم الغذائي يحدث عند استهلاك منتج غذائي ملوث بالبكتيريا ويتعلق بالأمعاء ليتكاثر، ويسبب أمراض خطيرة، وأن أحد أهم أسباب التسمم الغذائي هو تغير أنماط حياتنا على مدى السنوات القليلة الماضية ،و التي تشمل الاعتماد المتزايد على الوجبات الجاهزة، وتناول الطعام في الخارج بدلا من الطهي بالمنزل نتيجة للحياة المزدحمة التي تميل إلى قضاء وقت أقل في تحضير الطعام، وغالبا ما يتم تحضير وطهي عدة وجبات مسبقا وتجميدها لفترة طويلة من الوقت، أو شراء طعام مناسب يوضع في جهاز التسخين، وتكمن الإصابة بالتسمم الغذائي في حال سوء تخزين المنتج في الثلاجة، أو إعادة تسخين الطعام عدة مرات، والسبب الآخر هو سوق الغذاء العالمي حيث أن الإنسان قادر على الوصول إلى مجموعة كبيرة من أنواع الأطعمة والتي يتم نقلها جوا من جميع أنحاء العالم من دول قد تكون لديها معايير مختلفة لسلامة الغذاء.

وفي دراسة (2018 Shuaib,Y.& Abdalla,M) أشارت أن المخاوف من سوء سلامة الغذاء تتضخم في ظل تحضير الطعام وخاصة في المطاعم وما يمكن أن يتسبب بدوره في حالات التسمم الغذائي، وفي أحد مطاعم صلالة أكد جميع العاملين على ضرورة الاهتمام بنظافة المكان وأدوات الطبخ وأهمية غسل اليدين قبل البدء بتحضير الطعام وأن ارتداء الأقنعة والقفازات أثناء إعداد الطعام تقلل خطر التلوث، إلا أن غالبيتهم لا يقومون بذلك كجزء من روتين عملهم اليومي، ولكنهم أوضحوا اهتمامهم بالغياب عن العمل في حال أصيبوا بأحد الأمراض التي قد تنتقل

للمستهلكين أثناء تحضير الطعام.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من دراستي (الصرايرة، الرشيدي، ٢٠١٢) و(الليلي، ٢٠٠٧) أنهما يشددان على أهمية نشر الوعي بسلامة الغذاء والصحة المدرسية في المدارس والحرص على زيادة اختصاصات الإداريين والمعلمين في هذا المجال، بالإضافة إلى تثقيفهم بأهم النقاط التي تندرج تحت هذا المفهوم، وتتفق هذه الدراسة مع (2015.Chaudhuri,D) (2015.Oggiano,G) (2017.Priyadarshini,A. & Jaiswal,A) حول أهمية وضع سياسات وتشريعات حول سلامة الأغذية والتثقيف بها وإيجاد وعي لسلامة الغذاء والتغذية الصحيحة، وكما أشارت دراسة (2014.Prashanth,M.&Indranil,C) (2018.Hassan et al) بتزايد أخطار الطعام الملوث والطعام الذي يؤدي إلى التسمم الغذائي في مطاعم الوجبات السريعة والأغذية الجاهزة وهو ما أكدته دراسة (2018 Shuaib,Y.& Abdalla,M).

منهج الدراسة وأدواتها:

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي في جمع المعلومات لمناسبتها لغرض الدراسة، حيث يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع دون أي محاولة للتأثير أو التدخل، وقد كانت الاستبانة هي الأداة المستخدمة، بواقع ٤ محاور رئيسية لأهم الأسئلة في موضوع المعرفة بسلامة الغذاء، حيث يشمل المحور الأول وهو تناول الأدوات والطعام اثنا عشر بند ،و المحور الثاني تجهيز الطعام ويشمل عشر بنود، والمحور الثالث تخزين الطعام يشمل ستة عشر بند، والمحور الرابع التسمم الغذائي ويشمل تسعة بنود، وتم استخلاص هذه المحاور وأهم بنودها من (2017,Fao).

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من طلبة جامعة الكويت في ثلاث كليات بكافة تخصصاتهم في الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي (٢٠١٩- ٢٠٢٠)، وهم كلية التربية وكلية العلوم الطبية المساعدة وكلية العلوم الحياتية، وبلغت عينة الاستبانة (٤١٠)، تم استخدام الاستبانة الالكترونية لتعذر الوصول لعينة الدراسة بسبب الجانحة، كانت العينة عشوائية وتم الوصول إليها من خلال التعرف على تجمعات الطلبة في شبكات التواصل الاجتماعي وعبر تطبيق (الواتس آب).

نتائج الدراسة:

١ – العينة:

تم سحب عينة متاحة طلبة كليات التربية والعلوم الحياتية والعلوم الطبية المساعدة في جامعة الكويت حجمها ٤١٠ مفردة من خلال توزيع استبيان الدراسة عليهم من خلال الانترنت ووسائل التواصل الاجتماعي.

المتغير الديموغرافي	أقسام المتغير الديموغرافي	العدد	النسبة المئوية
١. الجنس	ذكر	٢٨	٦,٨٪
	أنثى	٣٨٢	٩٣,٢٪
	المجموع	٤١٠	١٠٠,٠٪
٢. الكلية	التربية	٧٧	١٨,٨٪
	العلوم الحياتية	١٧٠	٤١,٥٪
	العلوم الطبية المساعدة	١٦٣	٣٩,٨٪
	المجموع	٤١٠	١٠٠,٠٪

جدول رقم (١) توزيع العينة حسب المتغيرات الديموغرافية للطلبة المشمولين في الدراسة

يلاحظ من الجدول أن ٩٣٪ تقريبا من أفراد العينة من الإناث مقابل ٧٪ ذكور، ويلاحظ كذلك أن أعلى نسبة طلبة تجاوبت مع الاستبانة حسب الكليات المشمولة في الدراسة كانت من نصيب طلبة كلية العلوم الحياتية جاءت بعدها نسبة الطلبة في كلية العلوم الطبية المساعدة أما طلبة كلية التربية فبلغت نسبهم حوالي الخمس من مجموع أفراد العينة.

٢- اختبارات الصدق والثبات:

اختبارات الثبات:

المحور	معامل كرونباخ
المحور الأول: تناول الأدوات والطعام	٠,٤٧١
المحور الثاني: تجهيز الطعام	٠٤٩١
المحور الثالث: تخزين الطعام	٠,٦٦٦
المحور الرابع: التسمم الغذائي	٠,٦١٣
جميع المحاور	٠,٨١١

جدول رقم (٢) معامل كرونباخ ألفا لأبعاد محاور البحث (حجم العينة ٤١٠)

يلاحظ أن اختبار الثبات لجميع أسئلة محاور الاستبيان يساوي ٠,٨١١ والذي يدل على أن ثبات الاستبانة عموما كان مرتفعا، مع تفاوت في الثبات بين محاور الدراسة.

اختبارات الصدق:

- صدق الاتساق الداخلي:

المحور الأول: تناول الأدوات والطعام		المحور الثاني: تجهيز الطعام		المحور الثالث: تخزين الطعام		المحور الرابع: التسمم الغذائي	
١	٠,٣٧٩**	١	٠,٤١٨**	١	٠,٣٧٦**	١	٠,٤٣١**
٢	٠,٢٩٧**	٢	٠,٣٨٤**	٢	٠,٣٤٧**	٢	٠,٥٢٨**
٣	٠,٤١١**	٣	٠,٢٥٩**	٣	٠,١٤٧**	٣	٠,٥٠٧**
٤	٠,٥٣٤**	٤	٠,٥١٠**	٤	٠,٤٨٦**	٤	٠,٥١٥**
٥	٠,٣٧٩**	٥	٠,٤٦٤**	٥	٠,٤٩٥**	٥	٠,٥١٩**
٦	٠,٤١٧**	٦	٠,٥١٢**	٦	٠,٣٧١**	٦	٠,٤٩١**
٧	٠,٤٠٣**	٧	٠,٤٧٤**	٧	٠,٤٣٧**	٧	٠,٣٩٣**
٨	٠,٤٣٧**	٨	٠,٤٦٤**	٨	٠,٤٥١**	٨	٠,٥٥٩**
٩	٠,٤٢٤**	٩	٠,٤٣٥**	٩	٠,٣٠٣**	٩	٠,٤٦٠**
١٠	٠,٥١٩**	١٠	٠,٣٣٧**	١٠	٠,٢٦٤**		
				١١	٠,٣٣٦**		
				١٢	٠,٤٥٨**		
				١٣	٠,٥٤٢**		
				١٤	٠,٥٣٥**		
				١٥	٠,٥٠٣**		

جدول رقم (٣) معاملات الارتباط الخطية (بيرسون) بين بنود المقياس والتقييم العام
على مستوى المقاييس الفرعية (حجم العينة = ٤١٠)

** الارتباط دال عند مستوى الدلالة الإحصائية ١٪

يلاحظ من الجدول أعلاه أن جميع علاقات ارتباط بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية للمحور كانت موجبة وتتراوح بين ٠,١٤٧ و٠,٥٥٩، وجميعها دالة إحصائيا

عند مستوى الدلالة ١٪، والذي يدل على تحقق صدق الاتساق الداخلي لإجابة مفردات العينة على أسئلة الاستبيان.

- **صدق اتساق المحتوى:**

المحور	معاملات الارتباط بين البنود والتقييم العام
المحور الأول: تناول الأدوات والطعام	٧١٣.**
المحور الثاني: تجهيز الطعام	٦٧٤.**
المحور الثالث: تخزين الطعام	٨٥٦.**
المحور الرابع: التسمم الغذائي	٧٤٤.**

جدول رقم (٤) معاملات الارتباط الخطية (بيرسون) بين أبعاد محاور البحث والتقييم العام على مستوى الدرجة الكلية للاستبانة (حجم العينة = ٤١٠)

** الارتباط دال عند مستوى الدلالة الإحصائية ١٪

يلاحظ من الجدول أعلاه أن جميع علاقات ارتباط بيرسون بين أبعاد المحاور والدرجة الكلية للاستبانة موجبة وتتراوح بين ٠,٦٧٤ و٠,٨٥٦، وجميعها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ١٪، والذي يدل على تحقق صدق اتساق المحتوى للاستبانة.

٣- طرق تحليل البيانات:

١- تم ترميز إجابات أسئلة محاور الدراسة في البرنامج الإحصائي على النحو التالي: ١ للإجابة الصحيحة و٠ للإجابة الخاطئة أو الإجابة لا أعلم.

٢- التحليل الوصفي النسبي لأسئلة أبعاد محاور.

٣- اختبار ت لعينتين مستقلتين، لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغير النوع.

٤- اختبار الأنوفا (ANOVA)، لاختبار وجود فروق في محاور الدراسة حسب متغيري الكلية والطعام المفضل.

٥- اختبار شيفيه للمقارنات المتعدد (Scheffe Multiple comparisons)، وذلك لاختبار الفروق بين أقسام محاور الدراسة إذا كان اختبار الأنوفا (ANOVA) دال إحصائيا.

ملاحظة: الاختبارات في الدراسة ستنفذ عند مستوى دلالة إحصائية ٥٪.

عرض النتائج:

السؤال الأول: ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث تناول الأدوات والطعام؟ اشتمل هذا السؤال على مجموعة من المحاور:

أولا: استخدام الماء النظيف والمواد الطازجة:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. من الممكن تطهير الخضروات بالماء المعالج بالكلور ؟.	العدد	٢٨	٣٨٢	٤١٠	٥
	٪	٦,٨٪	٩٣,٣٪	١٠٠٪	
٢. يجب أكل الخضار والفواكه مباشرة بعد تحضيرها ؟.	العدد	١٤٣	٢٦٧	٤١٠	٤
	٪	٣٤,٩٪	٦٥,١٪	١٠٠٪	
٣. أثناء شراء اللحوم (الذبيحة) من الضروري أن تكون مختومة ؟.	العدد	١٩٦	٢١٤	٤١٠	٣
	٪	٤٧,٨٪	٢٩,٧٪	١٠٠٪	
٤. لا يجب تناول الأطعمة المعلبة إذا كانت العبوة منتفخة أو معوجة ؟.	العدد	٢٥٢	١٥٨	٤١٠	١
	٪	٦١,٥٪	٣٨,٥٪	١٠٠٪	

٥. الشيء المهم في شراء البيض هو أنه لا ينبغي أن يكون قشر البيض مكسورًا ؟.	العدد	٢٢٢	١٨٨	٤١٠	٢
	٪	٥٤,١٪	٤٥,٩٪	١٠٠٪	
المجموع	العدد	٨٤١	١٢٠٩	٢٠٥٠	
	٪	٤١٪	٥٩٪	١٠٠٪	

جدول (٥) التوزيع النسبي للإجابات الصحيحة على أسئلة المحور الأول تناول الأدوات والطعام – البعد الأول: استخدام الماء النظيف والمواد الطازجة

يلاحظ من الجدول أعلاه أن النسبة المئوية للأجوبة الصحيحة للبعد الأول الخاص باستخدام الماء النظيف من محور تناول الأدوات والطعام ٤١٪ مقابل ٥٩٪ إجابات خاطئة، أي أن غالبية أجوبة أفراد العينة على هذا البعد لم تكن صحيحة. أعلى الإجابات الصحيحة لهذا البعد كانت للسؤال الخاص بوجوب تناول الأطعمة إذا كانت العبوة منتفخة أو معوجة (٦٢٪ تقريبا) ومن ثم السؤال الخاص في أهمية أن لا يكون قشر البيض مكسورا في حين شراء البيض (٥٤٪ تقريبا)، في حين كانت نسبة الإجابات الصحيحة للسؤال الخاص بضرورة أن تكون اللحوم المشتراة مختومة ٤٨٪ تقريبا، وكانت نسبة الأجوبة الصحيحة للسؤال الخاص عن وجوب أكل الخضار والفواكه مباشرة بعد تحضيرها ٣٥٪ تقريبا، في حين لم تزد نسبة الإجابات الصحيحة عن السؤال الخاص عن إمكانية تطهير الخضروات بالماء المعالج بالكلور تطهير الخضروات بالماء المعالج بالكلور ٧٪.

ثانيا: طبخ المواد بشكل صحيح:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. ينبغي أن تكون قدور الطبخ مصنوعة من الفولاذ المقاوم للصدأ.	العدد	٢٧٩	١٣١	٤١٠	١
	٪	٪٦٨,٠	٪٣٢,٠	١٠٠٪	
٢. تناول البيض النيء قد يؤدي إلى التسمم الغذائي.	العدد	١٩٣	٢١٧	٤١٠	٢
	٪	٪٤٧,١	٪٥٢,٩	١٠٠٪	
٣. يمكن معرفة ما إذا تم طهي اللحم بشكل سليم عن طريق قياس درجة حرارة اللحم باستخدام مقياس الحرارة.	العدد	١٦٦	٢٤٤	٤١٠	٣
	٪	٪٤٠,٥	٪٥٩,٥	١٠٠٪	
المجموع	العدد	٦٣٨	٥٩٢	١٢٣٠	
	٪	٪٥١,٩	٪٤٨,١	١٠٠٪	

جدول (٦) التوزيع النسبي للإجابات الصحيحة على أسئلة السؤال الأول– البعد الثاني: طبخ المواد بشكل صحيح

يلاحظ من الجدول أعلاه أن النسبة المئوية للأجوبة الصحيحة للبعد الثاني الخاص بطبخ المواد بشكل صحيح من محور تناول الأدوات والطعام ٥٢٪ تقريبا مقابل ٤٨٪ إجابات خاطئة، أي أن غالبية بسيطة من أفراد العينة جاوبت الإجابات الصحيحة على أسئلة البعد. أعلى الإجابات الصحيحة لهذا البعد كانت للسؤال الخاص بضرورة أن تكون قدور الطبخ مصنوعة من الفولاذ المقاوم للصدأ، حيث كانت النسبة ٦٨٪ ومن ثم السؤال الخاص باحتمال حدوث تسمم غذائي عند تناول البيض النيء بنسبة إجابات صحيحة تقارب ٤٧٪ تقريبا، وأخيرا إجابات السؤال الخاص بإمكانية معرفة ما إذا تم طهي اللحم بشكل سليم عن طريق قياس درجة حرارة اللحم باستخدام مقياس الحرارة بنسبة إجابات صحيحة ٤١٪ تقريبا.

ثالثا: حفظ الطعام بعد الطبخ بدرجة حرارة مناسبة:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. يجب إبقاء الطعام المطبوخ ساخناً لدرجة ٦٠ مئوية في حالة عدم تقديمة وأكله مباشرة بعد الطبخ.	العدد	٧٧	٣٣٣	٤١٠	٢
	٪	٪١٨,٨	٪٨١,٢	١٠٠٪	
٢. تناول الطعام المطبوخ المحفوظ في درجة حرارة الغرفة لمدة ١٢ -٢٤ ساعة، يمكن أن يؤدي لخطر التسمم الغذائي.	العدد	١٦٦	٢٤٤	٤١٠	١
	٪	٪٤٠,٥	٪٥٩,٥	١٠٠٪	
المجموع	العدد	٢٤٣	٥٧٧	٨٢٠	
	٪	٪٢٩,٦	٪٧٠,٣	١٠٠٪	

جدول (٧) التوزيع النسبي للإجابات الصحيحة على أسئلة السؤال الأول – البعد الثالث:
حفظ الطعام بعد الطبخ بدرجة حرارة مناسبة

يلاحظ من الجدول أعلاه أن النسبة المئوية للأجوبة الصحيحة للبعد الثاني الخاص بحفظ الطعام بعد الطبخ بدرجة حرارة مناسبة من محور تناول الأدوات والطعام ٣٠٪ تقريبا فقط مقابل ٧٠٪ إجابات خاطئة، أي أن الغالبية العظمى لإجابات أفراد العينة كانت خاطئة على أسئلة المحور.

السؤال الثاني: ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث تجهيز الطعام؟ اشتمل هذا السؤال على مجموعة من المحاور:

أولا: غسل اليدين وتعقيمهما:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. يجب غسل اليدين بالماء الدافئ والصابون بطريقة لتشمل المعصمين.	العدد	٣٥١	٥٩	٤١٠	٤
	٪	٨٥,٦٪	١٤,٤٪	١٠٠٪	
٢. يجب غسل اليدين دائما بعد السعال أو العطس.	العدد	٣٧٨	٣٢	٤١٠	٣
	٪	٩٢,٢٪	٧,٨٪	١٠٠٪	
٣. يجب غسل اليدين بعد التعامل مع النفايات.	العدد	٤٠٥	٥	٤١٠	١
	٪	٩٨,٨٪	١,٢٪	١٠٠٪	
٤. ليست هناك حاجة لغسل اليدين بعد لمس الوجه.	العدد	٢٢٩	١٨١	٤١٠	٥
	٪	٥٥,٩٪	٤٤,١٪	١٠٠٪	
٥. يجب غسل اليدين قبل وبعد التعامل مع الأطعمة النيئة.	العدد	٣٨٣	٢٧	٤١٠	٢
	٪	٩٣,٤٪	٦,٦٪	١٠٠٪	
المجموع	العدد	١٧٤٦	٣٠٤	٢٠٥٠	
	٪	٨٥,١٪	١٤,٩٪	١٠٠٪	

جدول (٨) التوزيع النسبي للإجابات الصحيحة على أسئلة السؤال الثاني-
البعد الأول: غسل اليدين وتعقيمهما

يلاحظ من الجدول أعلاه أن الغالبية العظمى للأجوبة أفراد العينة على هذا المحور كانت صحيحة بنسبة ٨٥٪ تقريبا. أعلى الإجابات الصحيحة لهذا البعد كانت للسؤال الخاص بوجوب يجب غسل اليدين بعد التعامل مع النفايات (٩٩٪ تقريبا) ومن ثم السؤال الخاص بضرورة غسل اليدين قبل وبعد التعامل مع الأطعمة

النيئة (٩٣٪ تقريبا) ، وقد كانت نسبة الإجابات الصحيحة للسؤال الخاص بضرورة غسل اليدين دائما بعد السعال أو العطس بنسبة ٩٢٪ تقريبا، أقل الإجابات الصحيحة كانت حول السؤال الخاص بعدم وجود حاجة لغسل اليدين بعد لمس الوجه.

ثانيا: نظافة وجاهزية قاعات تجهيز الطعام:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. يمكن استخدام نفس لوح التقطيع للأطعمة النيئة والمطبوخة المتوفرة إذا بدا نظيفا.	العدد	٣٠٥	١٠٥	٤١٠	٣
	٪	٧٤,٤٪	٢٥,٦٪	١٠٠٪	
٢. يجب تطهير حوض المطبخ والصرف كل أسبوع.	العدد	٣١٦	٩٤	٤١٠	٢
	٪	٧٧,١٪	٢٢,٩٪	١٠٠٪	
٣. يكفي تنظيف لوح تقطيع اللحوم الطازجة بمنشفة نظيفة لمنع نمو البكتيريا.	العدد	٢٩٨	١١٢	٤١٠	٤
	٪	٧٢,٧٪	٢٧,٣٪	١٠٠٪	
٤. تنمو معظم الكائنات الحية الدقيقة بشكل جيد بين ٥ و٦٥ درجة مئوية.	العدد	٢٩٦	١١٤	٤١٠	٥
	٪	٧٢,٢٪	٢٧,٨٪	١٠٠٪	
٥. المطهر والمنظفات جيدة لقتل أغلب البكتيريا.	العدد	٣٢١	٨٩	٤١٠	١
	٪	٧٨,٣٪	٢١,٧٪	١٠٠٪	
المجموع	العدد	١٥٣٦	٥١٤	٢٠٥٠	
	٪	٧٤,٩٪	٢٥,١٪	١٠٠٪	

جدول (٩) التوزيع النسبي للإجابات الصحيحة على أسئلة السؤال الثاني-
البعد الثاني: نظافة وجاهزية قاعات تجهيز الطعام

يلاحظ من الجدول أعلاه أن غالبية أجوبة هذا المحور كانت صحيحة بنسبة ٧٥٪ تقريبا مقابل ٢٥٪ إجابات خاطئة. أعلى الإجابات الصحيحة لهذا البعد كانت للسؤال الخاص للسؤال الخاص بكفاءة المطهر والمنظفات لقتل أغلب البكتيريا.

والسؤال الخاص بضرورة بوجوب تطهير حوض المطبخ والصرف كل أسبوع ، والسؤال الخاص بإمكانية استخدام نفس لوح التقطيع للأطعمة النيئة والمطبوخة المتوفرة إذا بدا نظيفا.

السؤال الثالث: ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث تخزين الطعام؟ اشتمل هذا السؤال على مجموعة من المحاور:

أولا: حفظ الطعام وتخزينه في الثلاجة أو التجميد:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. يمكن وضع الدجاج والسمك واللحوم النيئة في نفس المكان.	العدد	١٨٣	٢٢٧	٤١٠	٣
	٪	٪٤٤,٦	٪٥٥,٤	١٠٠٪	
٢. لا يمكن تجميد الطعام مرة أخرى بعد إذابة الجليد عنها.	العدد	٢١٨	١٩٢	٤١٠	٢
	٪	٪٥٣,٢	٪٤٦,٨	١٠٠٪	
٣. يمكن تناول الطعام المعلب إذا كان غطاء القصدير متضخما أو مشدودا.	العدد	٩٦	٣١٤	٤١٠	٧
	٪	٪٢٣,٤	٪٧٦,٦	١٠٠٪	
٤. عملية تجميد الأغذية لا تقتل البكتيريا ولكنها تبطئ نموها.	العدد	٢٥٥	١٥٥	٤١٠	١
	٪	٪٦٢,٢	٪٣٧,٨	١٠٠٪	
٥ يؤدي تبريد الطعام إلى إبطاء نمو البكتيريا فقط.	العدد	١٧٧	٢٣٣	٤١٠	٤
	٪	٪٤٣,٢	٪٥٦,٨	١٠٠٪	
٦. يمكن تخزين البيض لمدة شهر بعد وضعه في المخزن.	العدد	١٣٢	٢٧٨	٤١٠	٥
	٪	٪٣٢,٢	٪٦٧,٨	١٠٠٪	

٧. عملية تبريد الطعام بعد الطبخ بهدف الحفظ يجب استكمالها خلال ساعتين.	العدد	١٢٦	٢٨٤	٤١٠	٦
	٪	٣٠,٧٪	٦٩,٣٪	١٠٠٪	
المجموع	العدد	١١٨٧	١٦٨٣	٢٨٧٠	
	٪	٤١,٤٪	٥٨,٦٪	١٠٠٪	

جدول (١٠) التوزيع النسبي للإجابات على أسئلة السؤال الثالث-
البعد الأول: حفظ الطعام وتخزينه في الثلاجة أو التجميد

يلاحظ من الجدول أعلاه أن غالبية أجوبة أفراد العينة على هذا المحور كانت خاطئة بنسبة ٥٩٪ تقريبا مقابل ٤١٪ إجابات صحيحة. أعلى الإجابات الصحيحة لهذا المحور كانت للسؤال الخاص بأن عملية تجميد الأغذية لا تقتل البكتيريا ولكنها تبطئ نموها (٦٢٪ تقريبا) ومن ثم السؤال الخاص بعدم إمكانية تجميد الطعام مرة أخرى بعد إذابة الجليد عنها (٥٣٪ تقريبا)، في حين أقل الإجابات الصحيحة كانت في البنود (٣-٦-٧).

ثانيا: حفظ الطعام المطبوخ:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. يجب تخزين الطعام النيء بشكل منفصل عن الطعام المطبوخ.	العدد	٣٢٣	٨٧	٤١٠	١
	٪	٧٨,٨٪	٢١,٢٪	١٠٠٪	
٢. يمكن تناول الطعام المطبوخ المتبقي في الثلاجة لمدة يومين أو ثلاثة أيام.	العدد	٢٥٨	١٥٢	٤١٠	٢
	٪	٦٢,٩٪	٣٧,١٪	١٠٠٪	
٣. يمكن تخزين الحليب أو اللبن المبستر في الثلاجة لمدة ثلاثة أيام كحد أقصى في علبته الغير مفتوحة.	العدد	١٤١	٢٦٩	٤١٠	٣
	٪	٣٤,٤٪	٦٥,٦٪	١٠٠٪	
المجموع	العدد	٧٢٢	٥٠٨	١٢٣٠	١٢٣٠
	٪	٥٨,٧٪	٤١,٣٪	١٠٠٪	

جدول (١١) التوزيع النسبي للإجابات على أسئلة السؤال الثالث- البعد الثاني حفظ الطعام المطبوخ

يلاحظ من الجدول أعلاه أن النسبة المئوية للأجوبة الصحيحة لهذا المحور كانت حوالي ٦٠٪. والسؤال الخاص بإمكانية تخزين الحليب أو اللبن المبستر في الثلاجة لمدة ثلاثة أيام كحد أقصى في علبته الغير مفتوحة لم تزد الإجابات الصحيحة عن ٣٤٪.

ثالثا: صفة ومكان التخزين:

البند		عدد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. يجب حفظ الطعام المطبوخ في الارفف السفلية في الثلاجة.	العدد	١٠١	٣٠٩	٤١٠	٦
	٪	٪٢٤,٦	٪٧٥,٤	١٠٠٪	
٢. في التخزين الجاف يجب أن يتعرض المخزن مباشرة لضوء الشمس.	العدد	١٣٢	٢٧٨	٤١٠	٤
	٪	٪٣٢,٢	٪٦٧,٨	١٠٠٪	
٣. أماكن التخزين الباردة يجب فتحها وتهويتها بصفة دورية.	العدد	١٤٢	٢٦٨	٤١٠	٣
	٪	٪٣٤,٦.	٪٦٥,٤	١٠٠٪	
٤. لا تسبب أنابيب الماء والتدفئة التي تمر عبر مناطق التخزين أي مشكلة إذا كانت معزولة بشكل جيد.	العدد	٢١٧	١٩٣	٤١٠	١
	٪	٪٥٢,٩	٪٤٧,١	١٠٠٪	
٥. يجب أن تتراوح درجة حرارة التبريد بالثلاجة بين صفر و٥ درجات مئوية.	العدد	١٧٤	٢٣٦	٤١٠	٢
	٪	٪٤٢,٤	٪٥٧,٦	١٠٠٪	
٦. يجب أن تكون درجة الحرارة الصغرى للتجميد -١٨ درجة مئوية.	العدد	١٢٠	٢٩٠	٤١٠	٥
	٪	٪٢٩,٣	٪٧٠,٧	١٠٠٪	
المجموع	العدد	٨٨٦	١٥٧٤	٢٤٦٠	
	٪	٪٣٦,٠	٪٦٤,٠	١٠٠٪	

جدول (١٢) التوزيع النسبي للإجابات على أسئلة السؤال الثالث-
البعد الثالث: صفة ومكان التخزين

يلاحظ من الجدول أعلاه أن غالبية أجوبة هذا المحور كانت خاطئة بنسبة ٦٤٪ تقريبا. أعلى الإجابات الصحيحة لهذا البعد كانت للسؤال الخاص بعدم تسبب أنابيب الماء والتدفئة التي تمر عبر مناطق التخزين أي مشكلة إذا كانت معزولة بشكل جيد، ومن ثم السؤال الخاص بضرورة أن تتراوح درجة حرارة التبريد بالثلاجة بين صفر و٥ درجات مئوية، أما السؤال الخاص بضرورة حفظ الطعام المطبوخ في الأرفف

السفلية في الثلاجة فقط ربع أفراد العينة أجابوا إجابة صحيحة عليه.

السؤال الرابع: ما واقع معرفة طلبة جامعة الكويت بمفهوم سلامة الغذاء من حيث التسمم الغذائي؟ اشتمل هذا السؤال على مجموعة من المحاور:

أولا: حفظ الطعام وتخزينه في الثلاجة أو التجميد

البند		عد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
١. متداولي الأغذية هم مصدر أساسي للتسمم الغذائي.	العدد	١٢٣	٢٨٧	٤١٠	٧
	٪	٣٠,٠٪	٧٠,٠٪	١٠٠٪	
٢. التسمم الغذائي ناجم عن الميكروبات المسببة للأمراض.	العدد	٢٨١	١٢٩	٤١٠	٤
	٪	٦٨,٥٪	٣١,٥٪	١٠٠٪	
٣. الجبن الأبيض المصنع من الحليب الخام الغير مبستر قد يسبب التسمم الغذائي.	العدد	١١٨	٢٩٢	٤١٠	٨
	٪	٢٨,٨٪	٧١,٢٪	١٠٠٪	
٤. شرب الحليب الغير مبستر قد يسبب التسمم الغذائي.	العدد	١١٨	٢٩٢	٤١٠	٨
	٪	٢٨,٨٪	٧١,٢٪	١٠٠٪	
٥ عادة ما يرتبط السمك والدجاج بالتلوث بالسالمونيلا (بكتيريا تسبب التسمم الغذائي).	العدد	٣٠٥	١٠٥	٤١٠	٣
	٪	٧٤,٤٪	٢٥,٦٪	١٠٠٪	
٦. عادة ما يرتبط الخبز والأرز بالتلوث بالسالمونيلا.	العدد	٢٣٨	١٧٢	٤١٠	٥
	٪	٥٨,٠٪	٤٢,٠٪	١٠٠٪	
٧. يمكن اكتشاف الطعام الملوث بالتذوق.	العدد	١٩٥	٢١٥	٤١٠	٦
	٪	٤٧,٧٪	٥٢,٣٪	١٠٠٪	
٨. من الأعراض الشائعة للتسمم الغذائي الإسهال وصداع الرأس.	العدد	٣٥٨	٥٢	٤١٠	١
	٪	٨٧,٣٪	١٢,٧٪	١٠٠٪	

٩. للذباب نقل الأمراض للأغذية المكشوفة.	العدد	٣٢٠	٩٠	٤١٠	٢
	٪	٧٨,٠٪	٢٢,٠٪	١٠٠٪	
المجموع	العدد	٢٠٥٦	١٦٣٤	٣٦٩٠	
	٪	٥٥,٧٪	٤٤,٣٪	١٠٠٪	

جدول (١٤) التوزيع النسبي للإجابات على أسئلة السؤال الرابع: التسمم الغذائي

يلاحظ من الجدول أعلاه أن غالبية من إجابات أفراد العينة كانت صحيحة على هذا السؤال، وأعلى الإجابات الصحيحة لهذا المحور كانت للسؤال الخاص عن أن الأعراض الشائعة للتسمم الغذائي الإسهال وصداع الرأس ،و من ثم السؤال الخاص عن الذباب ونقله للأمراض للأغذية المكشوفة ، ثم مدى ارتباط السمك والدجاج بالتلوث بالسالمونيلا (بكتيريا تسبب التسمم الغذائي) بنسبة، في حين جاء البندين (١-٣) الأقل بين الإجابات الصحيحة بنسبة لم تتجاوز ٣٠٪.

البند		عد الإجابات الصحيحة	عدد الإجابات الخاطئة	المجموع	الترتيب حسب عدد الإجابات الصحيحة
المحور الأول: تناول الأدوات والطعام	العدد	١٧٢٢	٢٣٧٨	٤١٠٠	٤
	٪	٤٢,٠٪	٥٨,٠٪	١٠٠٪	
المحور الثاني: تجهيز الطعام	العدد	٣٢٨٢	٨١٨	٤١٠٠	١
	٪	٨٠,٠٪	٢٠,٠٪	١٠٠٪	
المحور الثالث: تخزين الطعام	العدد	٢٧٩٥	٣٧٦٥	٦٥٦٠	٣
	٪	٤٢,٦٪	٥٧,٤٪	١٠٠٪	
المحور الرابع: التسمم الغذائي	العدد	٢٠٥٦	١٦٣٤	٣٦٩٠	٢
	٪	٥٥,٧٪	٤٤,٣٪	١٠٠٪	

المجموع	العدد	٩٨٥٥	٨٥٩٥	١٨٤٥٠	
	٪	٪٥٣,٤	٪٤٦,٦	١٠٠٪	

جدول (١٥) التوزيع النسبي للإجابات الصحيحة على محاور الدراسة الأربعة

يلاحظ من الجدول أعلاه أن الوعي العام بمفهوم سلامة الغذاء لدى طلبة جامعة الكويت لم يكن بالمستوى المنشود، فقد كانت نسبة الإجابات الصحيحة لجميع أسئلة الاستبيان تقارب ٥٣٪، في حين كانت نسبة الإجابات الخاطئة تقارب ٤٧٪.

جاءت أبعاد محور تجهيز الطعام أولا في نسبة الإجابات الصحية التي جاوب عليها أفراد العينة، بنسبة ٨٠٪، وجاء ثانيا بفارق محور التسمم الغذائي بنسبة إجابات صحيحة تقارب ٥٦٪، وجاء محوري تخزين الطعام وتناوله آخرا.

السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الكلية ؟

المحور		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	الدلالة لإحصائية (p-value)
المحور الأول: تناول الأدوات والطعام	بين المجموعات	٥٢,٣٥٦	٢	٢٦,١٧٨	**٧,٢٩١	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	١٤٦١,٢٤٤	٤٠٧	٣,٥٩٠		
	المجموع	١٥١٣,٦٠٠	٤٠٩			
المحور الثاني: تجهيز الطعام	بين المجموعات	١١,٦٦٥	٢	٥,٨٣٣	٢,٢٤٩	٠,١٠٧
	داخل المجموعات	١٠٥٥,٣١٠	٤٠٧	٢,٥٩٣		
	المجموع	١٠٦٦,٩٧٦	٤٠٩			

المحور الثالث: تخزين الطعام	بين المجموعات	٧٨,٧٧٠	٢	٣٩,٣٨٥	٤,٢٣٣*	٠,٠١٥
	داخل المجموعات	٣٧٨٦,٥١٠	٤٠٧	٩,٣٠٣		
	المجموع	٣٨٦٥,٢٨٠	٤٠٩			
المحور الرابع: التسمم الغذائي	بين المجموعات	١١,٦٠١	٢	٥,٨٠٠	١,٤٦٤	٠,٢٣٢
	داخل المجموعات	١٦١٢,٣١١	٤٠٧	٣,٩٦١		
	المجموع	١٦٢٣,٩١٢	٤٠٩			
المجموع	بين المجموعات	٤٨٧,٤٧٨	٢	٢٤٣,٧٣٩	٥,٧٧٤**	٠,٠٠٣
	داخل المجموعات	١٧١٨١,٥٠٠	٤٠٧	٤٢,٢١٥		
	المجموع	١٧٦٦٩,٩٧٨	٤٠٩			

جدول رقم (١٦) اختبار الأنوفا لاختبار وجود فروق في متوسطات محاور الدراسة حسب متغير الكلية

*الاختبار دال عند مستوى دلالة ٥٪

**الاختبار دال عند مستوى دلالة ١٪

من الجدول يتضح أن اختبار الأنوفا دال إحصائيا لمتوسط الإجابات الصحيحة للمحور الأول والثالث على المجموع الكلي للمحاور.

وباستخدام اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة يتضح ما يلي:

المحور	عدد المقارنات	الكلية	فارق المتوسط	الدلالة الإحصائية
تناول أدوات الطعام	١	كلية العلوم الحياتية كلية التربية	٠,٩٧٢**	٠,٠٠١

جدول رقم (١٧) اختبار شيفيه للفروق الدالة بين الكليات المشمولة بالدراسة لمحور تناول أدوات الطعام

**الاختبار دال عند مستوى دلالة ١٪

يلاحظ من اختبار شيفيه للمقارنات كانت أن متوسط الإجابات الصحيحة لطلبة كلية العلوم الحياتية لمحور تناول أدوات الطعام كانت أعلى من متوسط الإجابات الصحيحة لطلبة كلية التربية بسؤال واحد تقريبا وبدلالة إحصائية ٠,٠٠١.

المحور	عدد المقارنات	الكلية	فارق المتوسط	الدلالة الإحصائية
تخزين الطعام	١	كلية العلوم الحياتية العلوم الطبية المساعدة	٠,٩٤٠*	٠,٠٣٤

جدول رقم (١٨) اختبار شيفيه للفروق الدالة بين الكليات المشمولة بالدراسة لمحور تخزين الطعام

*الاختبار دال عند مستوى دلالة ٥٪

يلاحظ من اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة أن متوسط الإجابات الصحيحة لطلبة كلية العلوم الحياتية على محور تخزين الطعام كانت أعلى من متوسط الإجابات الصحيحة لطلبة كلية العلوم الطبية المساعدة بسؤال واحد تقريبا وبدلالة إحصائية ٠,٠٣٤.

المجموع الكلي للمحاور:

المحور	عدد المقارنات	الكلية	فارق المتوسط	الدلالة الإحصائية
مجموع أسئلة محاور الدراسة	١	كلية العلوم الحياتية	٢,٨٤٠**	٠,٠٠٧
		التربية		

جدول رقم (١٩) اختبار شيفيه للفروق الدالة بين الكليات المشمولة بالدراسة لمجموع أسئلة محاور الدراسة

**الاختبار دال عند مستوى دلالة ١٪

يلاحظ من اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة أن متوسط الإجابات الصحيحة لطلبة كلية العلوم الحياتية لمجموع أسئلة محاور الدراسة كانت أعلى من متوسط الإجابات الصحيحة لطلبة كلية التربية بثلاثة أسئلة تقريبا وبدلالة إحصائية ٠,٠٠٧.

مناقشة النتائج:

أشارت الدراسة إلى وجود ضعف لدى طلبة جامعة الكويت بمفهوم الوعي بسلامة الأغذية بشكل عام وما يشمله من مواضيع ثانوية كالتي تضمنتها محاور الدراسة وهي تناول الأدوات والطعام، وتجهيز الطعام، وتخزينه، ومحور التسمم الغذائي، وقد يكون من أسباب هذا الضعف عدم اهتمام طلبة الجامعة بمفهوم سلامة الأغذية حيث أنهم معتمدين بذلك على الوالدين أو العمالة المنزلية فهم من يشترون الطعام من مراكز التسوق وهم من يعدونه ويقدمونه لهم، أو قد يكون اعتمادهم على طلبات المطاعم السريعة باختلافها نتيجة لنمط الحياة المتسارع، وكذلك من المرجح أن لتأثيرات الحياة المجتمعية كعمل الوالدين تتطلب استخدام وسائل الراحة

المختلفة وأيضا قد يكون في معظم الوقت تناول الطعام في المطاعم مما يؤدي إلى تقليل الاهتمام بتعلم المهارات الحياتية المختلفة التي ترتبط بإعداد الطعام وإجراءات التعامل الآمنة معه، حيث تنتقل هذه الممارسات من الوالدين إلى الأبناء بصورة غير رسمية في المنزل أو تنتقل بصورة رسمية عن طريق بعض المواد الدراسية في المدارس والجامعات، ومن الممكن أن يكون بسبب فقر المناهج التعليمية للمواضيع المتعلقة بسلامة الأغذية والتعامل معها، وكذلك عدم وجود توعية إعلامية من خلال برامج التلفاز والراديو، والحملات التوعية الحكومية منها والأهلية التي لابد أن تساهم في نشر الثقافة الصحية المتعلقة بسلامة الأغذية وإيضاح العوامل المسببة للأمراض: كمواضيع تلوث الطعام الخام والطهي الغير كافي واستهلاك الطعام من مصدر غير آمن والإعداد غير السليم للطعام، وما يسبب التسمم الغذائي كالخلل الذي يحدث أثناء صناعة الأغذية وسوء الممارسة أثناء إعداد وتداول الطعام.

وكانت كلية العلوم الحياتية أفضل من حيث نسبة الوعي بمفهوم سلامة الأغذية على مستوى باقي الكليات، ويرجع السبب في ذلك إلى أنها كلية علمية وتهتم بتخصصات علم التغذية وعلوم الأغذية وارتباط هذه التخصصات بالمعرفة بالأغذية وسلامتها وطرق التعامل معها.

المراجع

أولا: المراجع العربية:

١- الجساس، فهد (٢٠١١). مبادئ سلامة الغذاء، مطابع مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم و التقنية: الرياض.

٢- الصرايرة، خالد و الرشيدي، تركي (٢٠١٢). مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات و المعلمات، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، مج ٢٦ ، ع ١٠، ص ص ٢٣٠٦ - ٢٣٤٨.

٣- العزام، علي والسرور، فاطمة و العزام، محمد(٢٠١٢). معايير التربية الصحية ودرجة مراعاتها في منهاج التربية الإسلامية للمرحلة الأساسية العليا من وجهة نظر المعلمين، مجلة دراسات العلوم التربوية، مج ٣٩، ع ٢، ص ص ٥٤١- ٥٦٠.

٤- الليلي، رويدا (٢٠٠٧). أثر الوعي و الممارسات الغذائية لعينة من معلمات رياض الأطفال بجدة على النمو الجسمي للأطفال، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد المنزلي و التربية الفنية، جامعة الملك عبدالعزيز، المملكة العربية السعودية.

٥- فضة، سحر (٢٠١٢). دور الإدارة المدرسية في تفعيل التربية الصحية في المرحلة الأساسية بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر ، غزة.

٦- محمود، عبدالرزاق(٢٠١١). أثر التعليم في التنمية الصحية في مدينة الموصل: دراسة ميدانية، مجلة دراسات موصلية ، مج ١٠، ع٣٤ ، ص ص ١٧-٣٩.

٧- مرزوق، إيناس (٢٠١٣). المقررات الخاصة بالتغذية و علاقتها بالتثقيف الغذائي للطلاب، مجلة كلية التربية- جامعة بورسعيد، ع ١٤، ص ص ٧٩٧-٨١٣.

٨- مصيقر، عبدالرحمن (٢٠٠٨). الغذاء والتغذية،: أكاديميا انترناشونال للنشر و التوزيع.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

1- Adak,G.&Long,S.&O'Brien,S.(2002) .Trends in indigenous foodborne disease and deaths,England and Wales: 1992 to 2000. Gut 2002; 51:832-841

2- Ali, M. & Shuaib, Y. & Ibrahaem, H. & Suliman, S. & Abdalla, M. (2018). Food Safety Knowledge among Food Workers in Restaurants of Salalah Municipality in Sultanate of Oman. International journal of Horticulture, Agriculture and Food science. 2. 1-6. 10.22161/ijhaf.2.2.1.

3- Basch, C. Healthier students are better learners: a missing link in school reforms to close the achievement gap. Journal of School Health. 2011;81(10):593-598. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00632.x

4- Chaudhuri D. Food safety: A public health priority. Indian J Public Health. 2015;59(2):83-86. doi:10.4103/0019-557X.157496.

5- Food and Agriculture Organization of the United Nations(2017). Food Handler's Manual: Instructor. Rome. ISBN: 978-92-5-109320-7 http://www.fao.org/documents/card/en/c/82035acd-32e6-4d95-987b-86dafc9f7297/

6- Fonseca, R., Michaud, P. & Zheng, Y. The effect of education on health: evidence from national compulsory schooling reforms. SERIEs 11, 83–103 (2020). https://doi.org/10.1007/s13209-019-0201-0

7- Hassan, Y. & Zamani, H. & Varshney, D. (2018). Preserving or Poisoning: A Case of Dried-Beans from Nigeria, International Journal of Management Technology And Engineering ,8 473-484. 10.2139/ssrn.3462398.

8- Kamboj, S. & Gupta, N. & Bandral, J. & Gandotra, G. & Anjum, N. (2020). Food safety and hygiene: A review. International Journal of Chemical Studies. 8. 358-368. 10.22271/chemi.2020.v8.i2f.8794.

9- Kar, P. & Meena, H. (2018). Consumers concern about food safety parameters: A health perspective. 2212-2214.

10- Mead, P.& Slutsker, L.& Dietz, V.& Mccaig, L.& Bresee, J.& Shapiro, C.& Griffin, P.& Tauxe, R. (1999). Food-Related Illness and Death in the United States. Emerging infectious diseases. 5(5). 607-25. 10.3201/eid0505.990502.

11- Moreb,N. & Priyadarshini,A. & Jaiswal, A. (2017). Knowledge of Food Safety and Food Handling Practices amongst Food Handlers in the Republic of Ireland. Food Control. 80. 10.1016/j.foodcont.2017.05.020

12- Oggiano,G. (2015). Food Safety and Hygiene. Journal of Nutritional Health & Food Science. 3. 10.15226/jnhfs.2015.00147.

13- Prashanth,M. &Indranil,C. Food Poisoning: Illness Ranges from Relatively Mild Through To Life Threatening, Journal of Medical and Health Sciences, 5 (4), 1- 19..

14- Przybylska, D., Borz□cki, A., Drop, B., Przybylski, P., & Drop, K. (2014). Health Education as an Important Tool in the Healthcare System, Polish Journal of Public Health, 124(3), 145-147. doi: https://doi.org/10.2478/pjph-2014-0032

15- Rakhmanin,Y. & Mikhailova,R.(2018). FOOD RISKS ANALYSIS AND WATER SAFETY. Health Risk Analysis, (4), 31. 10.21668/health.risk/2018.4.04.eng.

16- Shrivastava, S. & Shrivastava, P. & Ramasamy,J. (2015). World Health Organization calls for food safety and prevention of food-borne illnesses. Healthcare in Low-resource Settings. 3. 10.4081/hls.2015.5217..

17- Uçar, A.& Yılmaz, M. & Cakiroglu, F. (2016). Food Safety–Problems and Solutions. 10.5772/63176.

18- WHO food safety facts sheet n399 (2015). https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2015/fact-sheet.pdf?ua=1.

19- WHO Food Safety Programme. (2002). WHO global strategy for food safety : safer food for better health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42559

هذا الكتاب

يتناول هذا الكتاب الحديث عن العلاقة التبادلية بين التعليم والصحة، وعن دور التعليم المحتمل في التأثير علي صحة الأفراد. وقد برز الاهتمام بمدي تأثير التعليم علي مختلف جوانب صحة الانسان في العقدين الماضيين، وكان من أول من تصدي للبحث في هذا التأثير وهذا الدور هم الباحثون في الجسم الطبي من أطباء وممارسين لمهنة الطب. ثم إنتقل الاهتمام بعد ذلك الي الباحثين التربويين الذي حاولوا تلمس خطاهم في هذا المبحث المهم والحساس أمثال Feinstein etal .

إن البحث في العلاقة مابين دور وتأثير التربية بشقيها المدرسي وغير المدرسي وغيرها من المجالات كالاعلام والسياسة والمجتمع والاقتصاد والجريمة والبيئة والتنمية والقانون وآخرها الصحة يندرج ضمن اهتمامات الباحث في تخصص أصول التربية.

حيث أن هذا المسار البحثي يرمي الي تحديد الرؤية حول العلاقة التي تجمع ما بين التربية والتعليم من جهة وصحة الإنسان من جهة أخري.فتخصص أصول التربية يتناول القضايا الكلية المتعلقة بحركة التربية والتعليم، فهو بمثابة المخ الذي يحدد المسارات لبقية الأعضاء من مناهج وإدارة وتكنولوجيا وأنشطة وبرامج وسياسات لكي تؤدي دورها. فبدون وضوح الرؤية ستصبح حركة بقية الأعضاء بطيئة ومتعثرة.كما أن تخصص أصول التربية يعتبر بمثابة وزارة الخارجية للتربية والتعليم، فهو الذي يتناول الربط بينها وبين مختلف المؤثرات التي تؤثر وتتأثر بها.







